

# Grundlagen und Analyse zum Konzept Gesundheits- und Altersversorgung

Affoltern am Albis

Grundlagenbericht  
Version 1 | Oktober 2018



### **Impressum**

**Grundlagen und Analyse zum Konzept Gesundheits-  
und Altersversorgung  
Affoltern am Albis**

Grundlagenbericht 1.0

05.10.2018 / Version 1 | © Curanovis

#### **Autor:**

Dr. Stefan Knoth  
Geschäftsführer  
Curanovis – Care Management GmbH  
Eichmattstrasse 26 | 6330 Cham ZG  
[www.curanovis.ch](http://www.curanovis.ch)

## Glossar

<b>Akteure der Gesundheitsversorgung</b>	Als Akteure der Gesundheitsversorgung werden alle Berufsgruppen und Organisationen verstanden, die direkte Leistungen im Sinne des KVG erbringen. Im Zentrum stehen dabei Spitäler, Pflegeheime, Spitex, Ärzte und Pflege, etc.
<b>Altersquotient</b>	Der Altersquotient beschreibt das Verhältnis der Bevölkerung 65+ gegenüber der Bevölkerung, die sich im Arbeitsprozess befindet (20 - 65).
<b>APH</b>	Alters- und Pflegeheim
<b>AÜP</b>	"Akut- und Übergangspflege". Die Akut- und Übergangspflege wurde im Rahmen der Neuordnung der Pflegefinanzierung und der Spitalfinanzierung ins KVG aufgenommen. Nach einem Spitalaufenthalt soll dadurch ein vorübergehend erhöhter Pflegeaufwand bewältigt werden, um eine Rückkehr in die gewohnte Umgebung zu ermöglichen.
<b>Baserate</b>	Die Baserate bezeichnet den Betrag, der für einen Behandlungsfall mit einem Kostengewicht von 1.0 bezahlt wird. Der Basispreis wird durch die Tarifpartner (Versicherer und Leistungserbringer) festgelegt. (Quelle: <a href="http://www.swissDRG.ch">www.swissDRG.ch</a> )
<b>Basispaket</b>	Das BP umfasst alle Leistungen der spitalstationären Grundversorgung in sämtlichen Leistungsbereichen. Diese Leistungen werden in der Regel von den Fachärzten für Innere Medizin und Chirurgie ohne Beizug von weiteren Fachärzten erbracht. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch. Als wichtige Basis sind am Spital die Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie vertreten. weitere Leistungen sind: Notfall, Intensivstation, Radiologie, Labor, Kooperation mit Infektiologie und Psychiatrie.
<b>Basispaket elektiv</b>	Das BPE bildet die Grundlage für alle Leistungserbringer ohne Notfallstation. Spitäler mit dem BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven (= geplanten) Eingriffen anbieten.
<b>CaseMix</b>	Im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung wird unter dem CaseMix die Zusammensetzung der Diagnosen nach Fallschwere verstanden. Einfache Behandlungen haben ein niedriges Fallgewicht, anspruchsvolle oder risikoreiche Behandlungen haben ein hohes Fallgewicht.
<b>CaseMix Index</b>	Der CaseMix Index (CMI) berechnet die durchschnittliche Fallgewicht eines Spitals. Kleinere Spitäler haben oft einen tiefen CMI, Zentrumsspitäler haben einen hohen CMI.
<b>CuraData</b>	Webbasiertes Instrument zur Berechnung von stationären und ambulanten Leistungen in der Altersversorgung. <a href="http://www.curadata.ch">www.curadata.ch</a>
<b>Demographie</b>	Wissenschaft der Bevölkerungsentwicklung. Im Kontext dieses Berichtes meist im Sinne der sozialen Entwicklung der Altersgruppen.

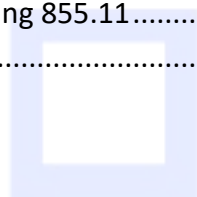
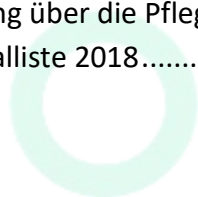
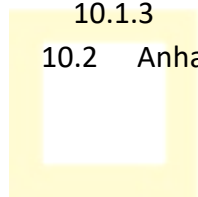
<b>DRG</b>	Diagnosis Related Groups (DRG; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren, mit dem Patienten anhand von medizinischen Daten Fallgruppen zugeordnet werden.
<b>Epidemiologie</b>	Wissenschaft von der Entstehung und Verbreitung von Krankheiten.
<b>Fallgewicht, Fallschwere, CaseWeight</b>	Die Fallschwere bezieht sich auf den Grad der notwendigen Anforderungen für die Behandlung einer Diagnose im Spital. Je höher das Fallgewicht, desto höher die notwendige personelle und/oder apparative Anforderung.
<b>Gesundheitsdirektoren-Konferenz GDK</b>	Die GDK ist die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Die GDK kann Empfehlungen aussprechen für versorgungsrelevante Fragestellungen. Die Hoheit der Gesundheitsversorgung obliegt aber den einzelnen Kantonen. (Quelle: <a href="http://www.gdk.ch">www.gdk.ch</a> )
<b>KSB</b>	Kantonsspital Baden
<b>LUKS</b>	Luzerner Kantonsspital (mit den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen)
<b>MTT</b>	Medizin-technische und medizin-therapeutische Berufe. Medizin-technische Berufe sind zum Beispiel Labor oder Röntgen. Medizin-therapeutische Berufe umfassen Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und andere.
<b>Obsan</b>	Gesundheitsobservatorium Schweiz: <a href="http://www.obsan.ch">www.obsan.ch</a>
<b>Pflegetage</b>	Ein Pflegetag entspricht einer Bettenbelegung im stationären Bereich für 24 Stunden. Eintritts- und Austrittstage werden jeweils mit einem Pflegetag berechnet.
<b>Prävalenz</b>	Die <b>Prävalenz</b> ist in der Epidemiologie eine Kennzahl für die <b>Krankheitshäufigkeit</b> . Sie sagt aus, welcher Anteil der Menschen einer bestimmten Gruppe (Population) definierter Größe zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit erkrankt ist oder einen Risikofaktor aufweist. (Quelle: Wikipedia)
<b>Somatik</b>	Die somatische Gesundheitsversorgung umfasst alle Themen um Krankheiten des Körpers und bildet damit das Gegenstück zur Psychiatrischen Versorgung.
<b>Übergangspflege</b>	siehe AÜP
<b>Vollzeitäquivalent (VZÄ)</b>	In der Berechnung von Leistungen werden Arbeitsstunden zu Vollzeitäquivalenten umgerechnet. Damit ist jeweils ein Arbeitspensum von 100% gemeint. Dieses Pensum kann auf verschiedenen Mitarbeiter in Teilzeit verteilt werden.
<b>Vorhalteleistung</b>	Vorhalteleistungen bezeichnen die Ressourcen, die eingesetzt werden, ohne deren Auslastung garantieren zu können. Eine Notfallstation hat z.B. eine Schichtbesetzung von Ärzten und Pflegepersonal, ohne das klar ist, wie viele Patienten kommen werden.



## Inhalt

1	Einleitung.....	8
1.1	Gesundheitsversorgung Affoltern am Albis .....	8
1.2	Absicht.....	9
1.3	Versorgungssystem Gesundheit.....	10
1.4	Grundversorgung – Eine Begriffsbestimmung .....	12
1.5	Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung.....	13
1.6	Aufbau des Berichtes .....	14
2	Grundlagen zur Bevölkerung.....	16
2.1	Einführung .....	16
2.2	Bezirk: Bevölkerungsstruktur und Demographie.....	18
2.3	Bevölkerungsstruktur Stadt Affoltern .....	22
2.4	Versorgungsstrategische Implikationen Bevölkerungsstruktur.....	25
3	Ambulante Gesundheitsversorgung Bezirk und Stadt Affoltern .....	27
3.1	Einführung .....	27
3.2	Strukturen .....	27
3.2.1	Arztpraxen .....	28
3.2.2	Apotheken.....	31
3.3	Strategische Implikationen ambulante Versorgung.....	32
4	Akut-Stationäre Versorgung Bezirk und Stadt Affoltern.....	34
4.1	Einführung .....	34
4.2	Strukturen .....	34
4.3	Detaillierte Kennzahlen Spital Affoltern 2016.....	36
4.4	Kennzahlen und Quoten.....	41
4.5	Leistungsangebot Spital Affoltern .....	44
4.6	Strategische Implikationen spital-stationäre Versorgung.....	47
5	Altersversorgung Bezirk und Stadt Affoltern .....	48
5.1	Altersversorgung Bezirk Affoltern .....	48
5.1.1	Aufbau .....	48
5.1.2	Methodik Obsan.....	50
5.1.3	Methodik CuraData .....	53
5.2	Altersentwicklung Bezirk Affoltern .....	54
5.3	Schätzung Bettenbedarf Bezirk Affoltern .....	55
5.3.1	Szenario „statisch“ .....	56
5.3.2	Szenario „Shift ambulant 10%/50%“ .....	57
5.3.3	Entwicklung Bettenbedarf Bezirk Affoltern .....	59
5.4	Schätzung ambulanter Pflegebedarf.....	61
5.5	Herausforderung Demenz .....	61
5.6	Altersversorgung Stadt Affoltern .....	63
5.7	Strategische Implikationen Altersversorgung.....	65
6	Trends.....	66
6.1	Megatrends und erwartete Entwicklungen .....	66

6.2	Entwicklungen Spitalversorgung .....	67
6.3	Veränderungen in der Gesundheits- und Altersversorgung .....	69
6.4	Nationale Strategien «Demenz» und «Palliative Care» .....	70
6.5	Gesellschaftliche Veränderungen und Trends .....	71
6.5.1	Gesellschaftliche Veränderungen .....	71
6.5.2	Zukunft Alter .....	73
6.5.3	Warum gehen Menschen in ein Pflegeheim? .....	74
6.6	Strategische Implikationen aus den Trends .....	76
7	Strategische Implikationen.....	77
7.1	Zusammenfassung der strategischen Aussagen .....	77
7.2	Szenarien im Kontext .....	79
7.2.1	Szenario 1: Schliessung Spital Affoltern .....	81
7.3	Szenario 2: Weiterführung Spital Affoltern.....	82
8	Abbildungen und Tabellen .....	83
9	Literaturverzeichnis.....	85
10	Anhang .....	86
10.1	Gesetzliche Grundlagen Kanton Zürich.....	86
10.1.1	Gesundheitsgesetz 810.1 .....	86
10.1.2	Pflegegesetz Kanton Zürich 855.1 .....	90
10.1.3	Verordnung über die Pflegeversorgung 855.11.....	95
10.2	Anhang 1: Spitalliste 2018.....	101



## 1 Einleitung

### 1.1 Gesundheitsversorgung Affoltern am Albis

#### Spannungsfeld Stadt vs. Bezirk

Die Stadt Affoltern am Albis steht im Bereich der Gesundheits- und Altersversorgung in einem Spannungsfeld. Aufgrund der historisch gewachsenen Entwicklung verfügt sie heute über eine Infrastruktur mit unterschiedlichen Trägerschaften:

- Das Bezirksspital mit angegliedertem Pflegezentrum «Langzeitpflege Sonnenberg» mit den beiden Häusern Rigi und Pilatus wird von den 14 Trägergemeinden des Bezirks Affoltern durch einen Zweckverband getragen. Damit steht es allen Einwohnerinnen und Einwohnern des Bezirks zur Verfügung.
- Das Alters- und Pflegeheim Seewadel ist Teil der Stadt und steht in erster Linie den Einwohnerinnen und Einwohnern der Stadt zur Verfügung.
- Das private Pflegeheim Obstgarten hat keinen Leistungsauftrag von der Stadt und ist damit offen für Jedermann – auch für Bewohnerinnen und Bewohner ausserhalb des Bezirks.

#### Infrastruktur muss saniert bzw. er- setzt werden

#### Haus zum Seewa- del in der Planung

Die Infrastruktur von Spital, Langzeitpflege Sonnenberg und Haus zum Seewadel ist in die Jahre gekommen und es muss nun darüber entschieden werden, ob die Gebäude saniert bzw. ersetzt werden.

Für das Haus zum Seewadel wurde dem Projektierungskredit im Juni 2018 zugestimmt. Die Klärung des Leistungsauftrages ist im Kontext der Gesamtentwicklung sehr komplex: sowohl die Zahl der neu zu erstellenden Betten als auch deren fachliche Ausrichtung hängen von den Entscheidungen rund um das Spital zumindest partiell ab.

#### Zweckverband Spi- tal

Gemäss Statuten des Zweckverbandes kann jede Verbandsgemeinde «unter Vorbehalt der Zustimmung der Gesundheitsdirektion und unter Wahrung einer Kündigungsfrist von zwei Jahren auf das Jahresende aus dem Verband austreten» (Spitalzweckverband, 2014).

#### Politischer Abstimmungsprozess zum Spital

Aktuell wird in einem komplexen politischen Prozess in den Gemeinden des Bezirks Affoltern darüber abgestimmt, ob der Zweckverband des Bezirksspitals Affoltern aufrecht erhalten werden soll oder nicht. Der Ausgang ist höchst ungewiss, zumal mit einer notwendigen «Investitionssumme von 150 bis 170 Millionen Franken» (Hudec, 15.09.2017) gerechnet werden muss.



Grundpfeiler  
Gesundheitsver-  
sorgung

Das Spital bildet für die Stadt Affoltern am Albis und für die Gemeinden des Bezirks einen wichtigen Grundpfeiler der somatischen Grundversorgung. Jeder Eingriff, unabhängig von der Tiefe, verändert auch das gesamte Versorgungssystem der Region.

Impact auf die  
Altersversorgung

Das Bezirksspital Affoltern hat mit der angegliederten Langzeitpflege Sonnenberg auch in der Altersversorgung einen zentralen quantitativen und qualitativen Auftrag. Einerseits werden hier 115 Einwohnerinnen und Einwohner des Bezirks gepflegt (davon ca. 40 aus der Stadt Affoltern am Albis). Andererseits können durch die Nähe des Spitals auch komplexe und medizinisch anspruchsvolle Übergänge (auch Akut- und Übergangspflege bzw. AÜP) und geriatrische Rehabilitationen (Überbrückungspflege) durchgeführt werden, für die ärztliche Leistungen aus dem Spital genutzt werden können.

Neue Versorgungs-  
realität

Diese Einführung zeigt, dass Gesundheits- und Altersversorgung in der Stadt Affoltern am Albis durch eine Veränderung im Bezirksspital oder im Pflegezentrum mit einer vollständig neuen Versorgungsrealität konfrontiert werden kann.

1.2 Absicht  
Absicht

Die Gesundheits- und Altersversorgung ist ein gesetzlicher Auftrag der Stadt Affoltern am Albis. Dazu soll ein Konzept erstellt werden, das den aktuellen und potentiellen Entwicklungen Rechnung trägt und aufzeigt, welche Entwicklungen für eine nachhaltige Versorgung notwendig sind.

Zweistufiges Kon-  
zept

Das Konzept soll zweistufig aufgebaut sein:

- **Stufe 1** beschreibt die aktuelle Gesundheitsversorgung in den Bereichen der somatischen und psychiatrischen Grundversorgung für alle Altersgruppen. Aufgrund der grossen Vernetzung werden immer die Ebenen Bezirk und Stadt beschrieben.
- **Stufe 2** beschreibt das Konzept der ambulanten, intermediären und stationären Gesundheits- und Altersversorgung für die Stadt Affoltern am Albis. Dabei werden die verschiedenen möglichen Szenarien im Kontext der Entwicklung rund um das Bezirksspital und Pflegezentrum mit einbezogen.
- **Trends und Entwicklungen:** im Konzept werden aktuelle Trends und Entwicklungen dargestellt, die als theoretische Grundlage und im Sinne der Nachhaltigkeit relevant sind. Dazu gehören z.B. Studien des Gottlieb-Duttweiler Institutes, das Wohn- und Pflegemodell von Curaviva und andere.

#### Ausschlüsse

Das Konzept bearbeitet die folgenden Themen nicht oder nur am Rande:

- Nicht ausgeführt werden Prävention, Gesundheitsförderung und Zahnmedizin. Die Bereiche Hilfsmittel, Medikamente (Apotheken, Drogerien, Selbstdispensation) oder Beratungen werden höchstens angedeutet.
- Die stationäre Versorgung in spezialisierten Kliniken oder in Zentrumsspitalern wird nicht ausgeführt. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Schliessung des Bezirksspitals Affoltern keine Auswirkungen hat.
- Nicht ausgeführt werden die Bereiche der stationären Rehabilitation. Sie sind derzeit nicht Teil des Angebotes am Bezirksspital Affoltern.
- Ausgeschlossen sind die Auswirkungen der Entwicklungen auf die anderen Gemeinden des Bezirks Affoltern. Das Konzept fokussiert nur die Stadt Affoltern am Albis.

Bei Bedarf können Themen, die für den weiteren politischen Prozess relevant, in das Konzept aufgenommen werden.

#### Zielsetzung



Das Konzept bildet die Grundlage für zukünftige Entwicklungen im Kontext der Gesundheits- und Altersversorgung. Ausserdem soll es möglich sein, das Altersleitbild auf dieser Grundlage neu aufzubauen.

Insgesamt bildet das Konzept die Grundlage für politische und operative Entscheidungen im Zusammenhang mit den Entwicklungen in der stationären und ambulanten Altersversorgung und mit der Sicherung der ambulanten Grundversorgung in der Stadt Affoltern am Albis. Ausserdem werden mögliche Auswirkungen der politischen Entscheidungen rund um das Bezirksspital Affoltern diskutiert.

### 1.3 Versorgungssystem Gesundheit

#### Breites Spektrum

Wenn wir vom Versorgungssystem Gesundheit sprechen, dann geht es um ein äusserst breites Feld an Akteuren und Angeboten. Neben den direkten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen, fallen auch viele weitere Themen an, die indirekt oder direkt in die Versorgung eingreifen.

#### Überblick

In der Abbildung wird ein (nicht vollständiger) Überblick über die Bestandteile des Versorgungssystems Gesundheit aufgezeigt. In dieser Abbildung soll deutlich gemacht werden, dass die Akteure der Gesundheitsversorgung wohl nicht einmal die Hälfte der Ge-

sundheitsversorgung ausmachen. Im Gegenteil: hier werden lediglich die akuten Phasen der Krankheit und des Leidens abgedeckt, dann, wenn das individuelle Bezugssystem an seine Grenzen stösst oder professionelle Hilfe unumgänglich ist.

**Fokus im Bericht**

Im vorliegenden Bericht wird auf das individuelle Bezugssystem und auf das Individuum kaum eingegangen. Dies ist natürlich eine grobe Unterlassung. Es wird aber auf entsprechende Strategie wie Gesundheitsförderung in Schulen und Betrieben, die Rolle der Familie in der Erziehung, in der Pflege und Betreuung von Betagten oder auf die Vielzahl von Medien und Sachbüchern verwiesen, die sich den Themen widmen.

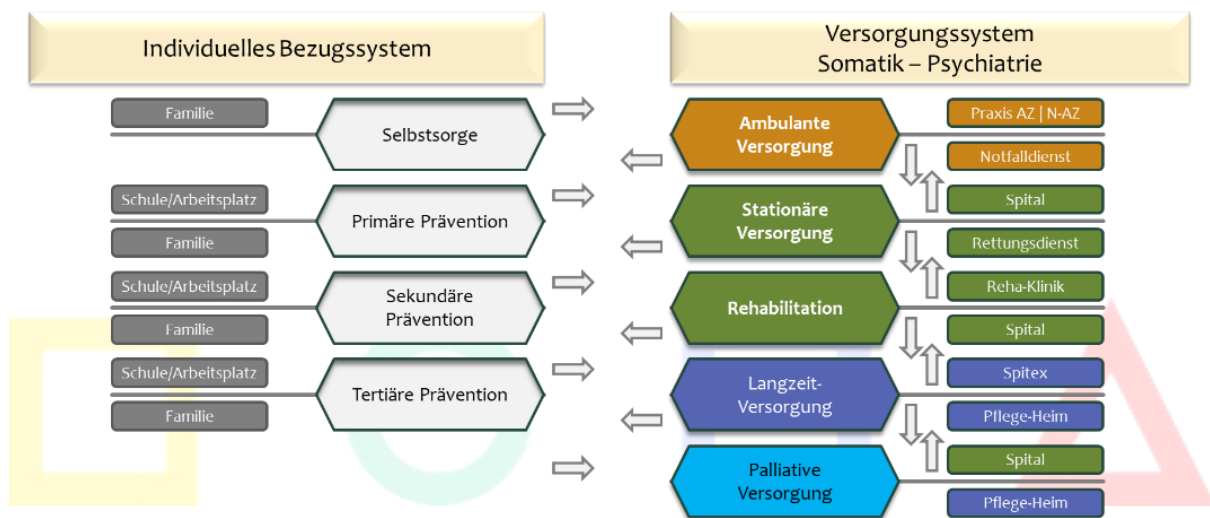


Abbildung 1: Bestandteile des Versorgungssystems Gesundheit

**Farbcodes zur Abbildung**

Individuelles Bezugssystem	Versorgungssystem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hellgrau: Aktivitäten des täglichen Lebens</li> <li>• Dunkelgrau: Settings des Lebens oder Lebensbereiche</li> <li>• Weiss: strukturierte Angebote der Gesundheitsförderung &amp; Prävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Braun: ambulante Versorgung</li> <li>• Grün: stationäre Akutversorgung/Rehabilitation</li> <li>• Blau: Langzeitversorgung</li> <li>• Grün: Gemischte Versorgungsbereiche</li> <li>• Hellblau: Palliative Care (verschiedene Settings)</li> </ul>

## 1.4 Grundversorgung – Eine Begriffsbestimmung

### Unscharfe Definition

Der Begriff «Grundversorgung» suggeriert, dass es einen objektiv bestimmbaren Bedarf an Gesundheitsleistungen gibt. Dem ist (leider) nicht so: es gibt keine klare Beschreibung der Grundversorgung.

Es gibt mindestens drei verschiedene Vorgehensweisen zur Festlegung einer Grundversorgung:

1. Fallzahlen und Konsum von Gesundheitsleistungen
2. Epidemiologische und demographische Entwicklungen
3. Angebot und Nachfrage (Opportunistisch)

### Fallzahlen als Ausgangspunkt

Die Grundversorgung kann über die retrospektive Betrachtung von Fallzahlen in den einzelnen Leistungsbereichen definiert werden. Damit würde eine Art Bedarf sichtbar gemacht, welcher wiederum als Gradmesser für Rentabilitäts- und Qualitätsaussagen genutzt werden und so die Grundversorgung definieren könnte.

Auf diesem Ansatz basiert das Zürcher Leistungsgruppenkonzept. Im Rahmen dieses Konzepts ist ein sogenanntes Basispaket definiert, das die Grundversorgung definiert.

### Epidemiologie und Demographie

Ein anderer Ansatz bietet die Ausrichtung auf epidemiologische und demografische Gesichtspunkte. Damit könnte ebenfalls ein Bedarf aufgezeigt werden. Dieser würde sich auf die Betrachtung von möglichen Risiken und Bevölkerungsentwicklungen stützen und so die Grundversorgung definieren.

### Angebot und Nachfrage

Ein dritter Ansatz besteht darin, die Grundversorgung durch einen Mix aus verfügbaren medizinisch und pflegerischen Fachkräften und rentablen Leistungsangeboten zu definieren. Das wäre sehr opportunistisch: was im Markt funktioniert hat eine Nachfrage, der Rest wird durch die Zentrumsspitäler angeboten.

### Ausgangspunkt Status quo

Bei der Definition der Grundversorgung für die Stadt Affoltern ist es durchaus pragmatisch und sinnvoll, vom Status quo auszugehen und diesen Zustand als Entwicklungsgrundlage zu verwenden. Ausgangslage muss dabei die ambulante Versorgung sein.

### Sicherung Ambulante Versorgung

Für die Sicherung der ambulanten Versorgung kann eine Kaskade von Angeboten für Gemeinde, Region und den gesamten Kanton gemacht werden. Zur kommunalen Grundversorgung gehören Allgemeine Medizin, Physiotherapie, Hebammen, medikamentöse Versorgung. In der Erweiterung geht es um genügend Kinderärzte, Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Rheumatologie, Geri-

atrie, Orthopädie. Diese Kaskade muss im Konsens der lokalen Akteure entwickelt und dann als Zielvorgabe für die Massnahmen dienen.

#### Sicherung stationäre Versorgung

Ob der Bezirk Affoltern eine stationäre Versorgung im Akutbereich anbieten soll, ist eine politische Frage. Versorgungstechnisch besteht kaum Bedarf, da in der unmittelbaren Region genügend spitalstationäre Leistungen verfügbar sind.

Einigt man sich auf die Weiterführung der spitalstationären Versorgung, können die heutigen Fallzahlen und der Bedarf der Einwohnerinnen und Einwohner des Bezirks Affoltern die Grundlage für eine Ein- und Ausschlussliste dienen. Zu beachten sind dabei die zu erwartenden Entwicklungen zu den minimalen Fallzahlen für gewisse Behandlungen.

#### Investitionen Spital

Unabhängig welche Strategie gewählt wird, wird sich immer die Frage der notwendigen Investitionen und deren Finanzierung stellen.

Jeder Entscheid bezüglich Grundversorgung und der entsprechenden Versorgungsvariante (ambulant / stationär / angestellte Fachärzte / Fachärzte als Belegärzte) hat auch eine Implikation auf die notwendige zukünftige Infrastruktur und damit auf Investitionen, die auf den Bezirk bzw. die Trägerschaft zukommen. Themen darin sind z.B. spitalambulante Versorgungsstrukturen (Tagesklinik) vs. stationäre Betten, Operationskapazitäten und entsprechend notwendiger Ausbaustandard usw.

Kurz gesagt, wenn der Bezirk ein Spital will, muss er als Eigner der Infrastruktur diese unterhalten und entwickeln. Wenn der Bezirk zukünftig auf ein eigenes Spital verzichten würde, dann müssten neue Verwendungsmöglichkeiten für Immobilie oder Grundstück gefunden werden.

## 1.5 Gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsversorgung

#### Grundsätze

Die Gesundheitsversorgung wird in der Schweiz über drei gesetzliche Stufen geregelt: die nationale Gesetzgebung, die kantonale Gesetzgebung und über die Erlasse und Geschäftsordnungen der Gemeinden.

#### Nationale Gesetzgebung

Die Gesundheitsversorgung wird im Krankenversicherungsgesetz KVG gesetzlich geregelt. Dieses Gesetz beschreibt die Grundlagen und Mechanismen der Finanzierung. Auch dazu gehören die Grundlagen für die Betriebs- bzw. Berufsbewilligungen für die einzelnen Akteure.

**Kantonale Gesetzgebung**

Die eigentliche Hoheit der Gesundheitsversorgung obliegt den Kantonen. Dies führt dazu, dass in der Schweiz 26 verschiedene Gesundheitsgesetze bestehen. Für den Bezirk Affoltern ist entsprechend

- das Gesundheitsgesetz (Regierungsrat Kanton Zürich, 2007) die gesetzliche Grundlage. Als nächste Konkretisierung gilt
- das Pflegegesetz (Regierungsrat Kanton Zürich, 2010) und dann
- die Verordnung über die Pflegeversorgung (Regierungsrat Kanton Zürich, 2010).

**Gesetze im Anhang**

Die relevanten gesetzlichen Bestimmungen des Kantons sind im Anhang (siehe Kapitel 10.1 Gesetzliche Grundlagen Kanton Zürich) abgelegt und kommentiert. Bei inhaltlichen Punkten wird in diesem Bericht auf die entsprechenden Gesetze Bezug genommen.

### 1.6 Aufbau des Berichtes

**3-Stufiger Aufbau**

Der vorliegende Bericht hat einen dreistufigen Aufbau. Jedes Thema wird in die drei Hauptteile Bezirk – Stadt – Strategie gegliedert. Im Teil Strategie werden die Implikationen aus der Analyse von Bezirk und Stadt abgeleitet und zusammengefasst.

Abbildung 2: Berichtsstruktur



**Grundlagen Bevölkerung**

In einem ersten Schritt werden die wichtigsten Kennzahlen der Bevölkerung im Bezirk und der Stadt Affoltern kurz erläutert. Sie geben Aufschluss über die zukünftigen Entwicklungen in Bezug auf den Bedarf an Gesundheitsleistungen.

**Ambulante Grundversorgung**

Die ambulante Grundversorgung wird heute mehrheitlich über private Akteure erbracht und durch den Kanton nur im Rahmen von

Berufs- und Betriebszulassungen gesteuert. Gleichwohl ist sie von grosser Bedeutung für die Gesundheit, den Zugang zu Gesundheitsleistungen und die nachhaltige Versorgungssicherheit im Bezirk bzw. in der Stadt Affoltern.

**Stationäre und spitalambulante Versorgung**

Im Bezirk Affoltern bezieht sich stationäre, spitalambulante Versorgung ausschliesslich auf die Leistungen des Spital Affoltern bzw. der inner- und ausserkantonalen Spitäler. Die Leistungen umfassen einerseits stationäre Leistungsangebote, die eine Bettenkapazität benötigen und andererseits spitalambulante Leistungen die vor allem diagnostische und therapeutische Angebote beinhalten.

**Altersversorgung**

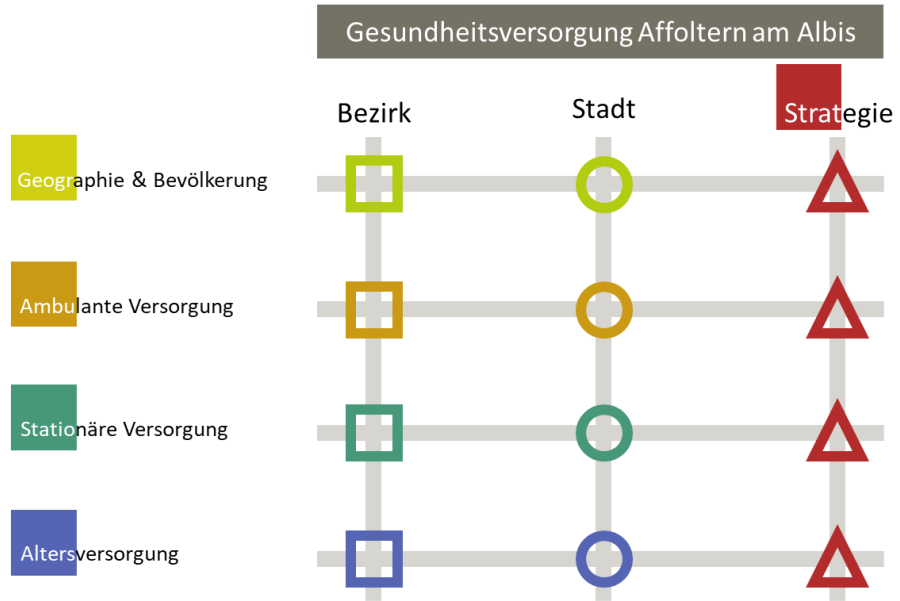
Im Bezirk Affoltern wird die Altersversorgung über private und öffentlich-rechtliche Strukturen abgedeckt. Das Besondere ist dabei, dass sämtliche Strukturen des Bezirks in der Stadt Affoltern angesiedelt sind. Dies erhöht die Komplexität in der politischen Entscheidungsfindung und in der Ausrichtung zukünftiger Entwicklungen.





## 2 Grundlagen zur Bevölkerung

### Übersicht



### 2.1 Einführung

#### Bezirk



Der Bezirk Affoltern besteht aus insgesamt 14 Gemeinden und liegt am südwestlichen Rand des Kantons Zürich. Die geographische Abgrenzung gegen Osten wird durch den Albis gebildet, eine natürliche Barriere zum Bezirk Horgen. Nach Norden wird der Bezirk einerseits durch den Bezirk Dietikon und Zürich begrenzt, andererseits durch den Kanton Aargau. Im Süden liegt der Kanton Zug.

Abbildung 3: Bezirk Affoltern – im Südwesten des Kantons Zürich

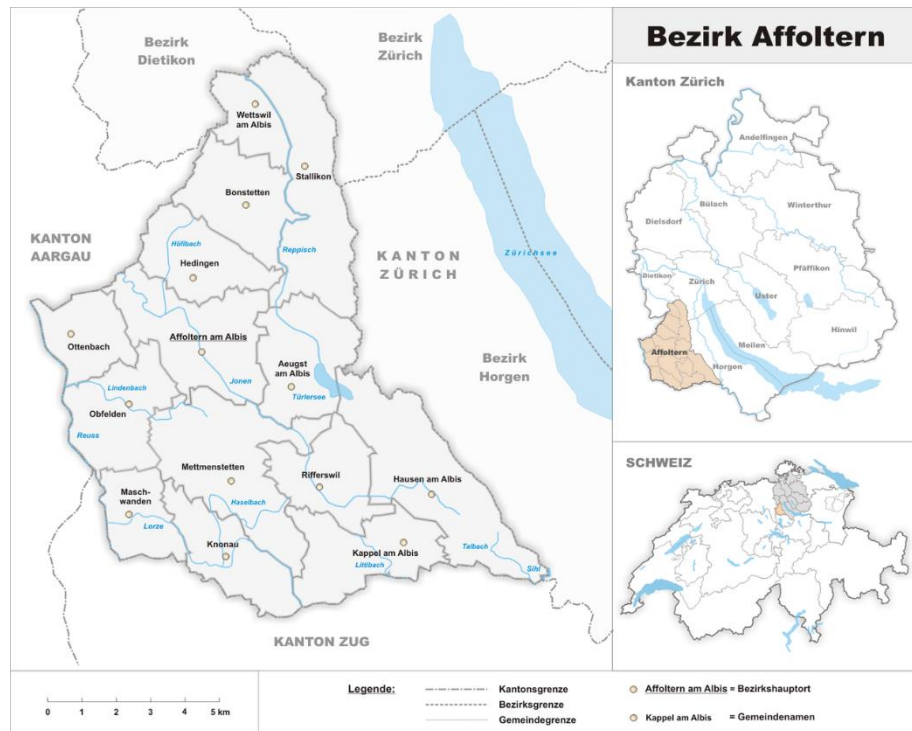




Abbildung 4: Stadt Affoltern



Stadt Affoltern

Die Stadt Affoltern liegt im Zentrum des Bezirks und bildet damit ein geographisches Zentrum. Die Stadt Affoltern ist in Bezug auf die Wohnbevölkerung die mit Abstand grösste Gemeinde des Bezirks. Hier wohnen rund 12'000 Einwohner (Stand 2016), dies entspricht 22.6 Prozent der Einwohner im Bezirk (53'531 Einwohner).

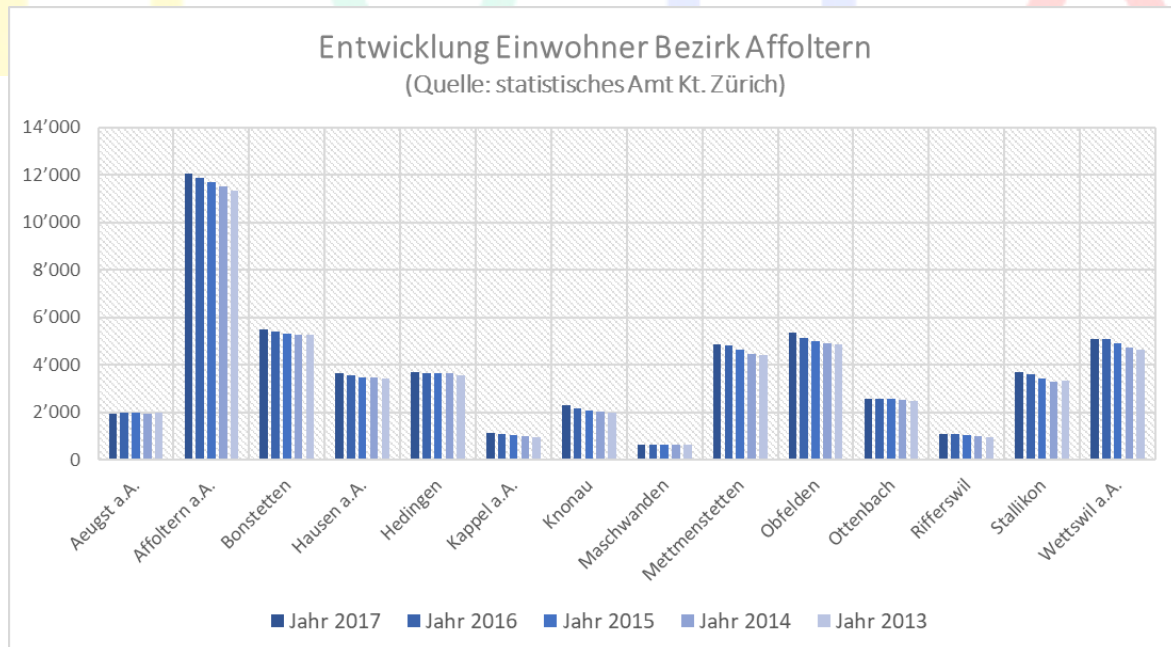


Abbildung 5: Entwicklung Einwohner Bezirk Affoltern

Gemeindegrösse und Versorgung

Die Gemeindegrösse hat einen starken Impact auf die Strukturierung der Gesundheitsversorgung: Für einen privaten Akteur ist der Aufbau einer Praxis oder einer Vertriebsstätte dann interessant, wenn genügend Leistungen erbracht werden können.

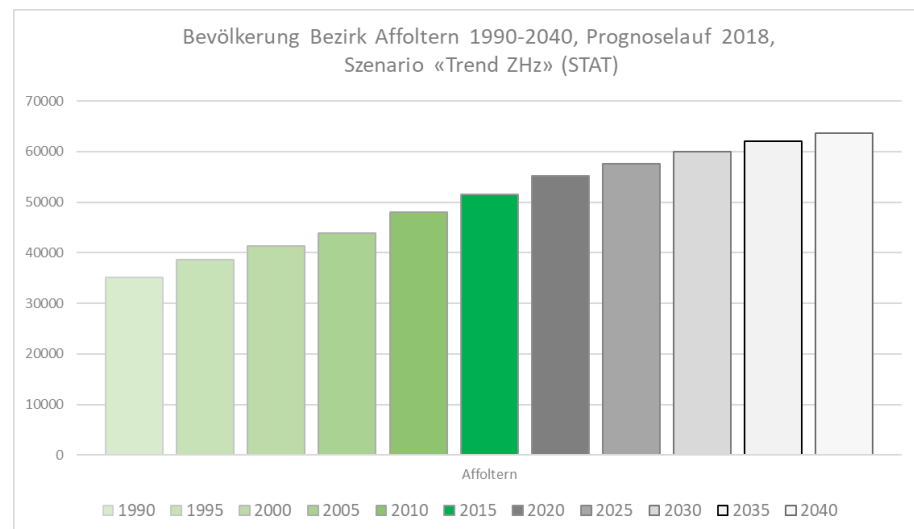
Für viele Angebote braucht es eine Einwohnerzahl, die höher ist als 5'000 Einwohner, bei spezialisierten Angeboten braucht es rasch mehr als 10'000 bis hin zu 30'000 Einwohner. Es ist deshalb zu erwarten, dass die Leistungserbringer sich vor allem in der Stadt Affoltern niederlassen werden. Die Angebotsdichte in den anderen Gemeinde dürfte eher tief sein.

## 2.2 Bezirk: Bevölkerungsstruktur und Demographie

### Bevölkerungsentwicklung

Die Bevölkerung im Bezirk Affoltern nimmt sehr langsam aber stetig zu. Das jährliche Wachstum lag in den letzten 6 Jahren bei durchschnittlich 1.6 Prozent. Für die kommenden Jahre wird erwartet, dass die Entwicklung linear weitergehen wird. Dies ist aber stark abhängig von der Immobilienentwicklung. Insbesondere die Stadt Affoltern selbst dürfte hier wesentlich zu einer mehr oder weniger starken Entwicklung beitragen.

Abbildung 6: Bevölkerungsentwicklung 1990-2040



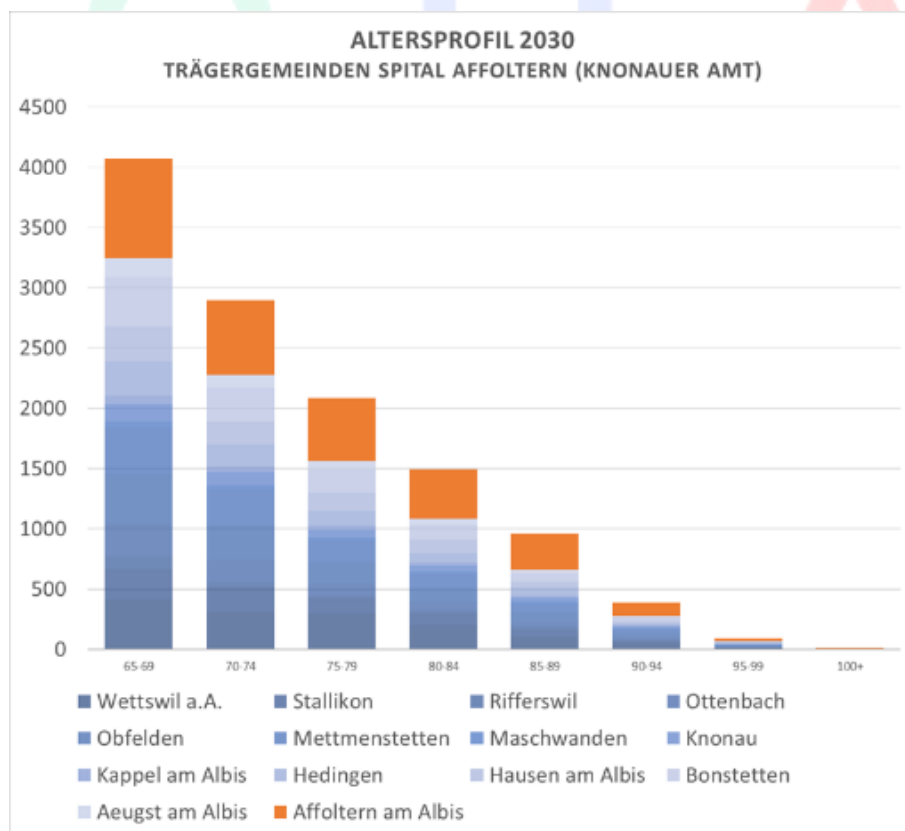
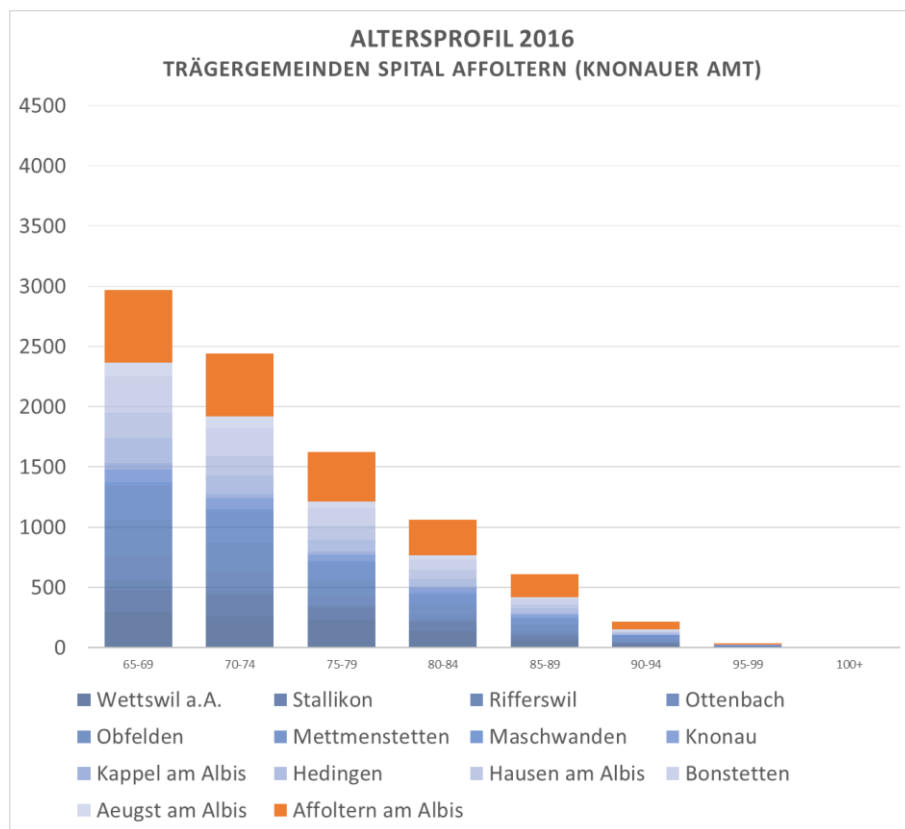
### Entwicklung Altersgruppen

Die Altersgruppen entwickeln sich im Bezirk Affoltern entsprechend dem allgemeinen Trend: während die jüngsten Einwohnerinnen und Einwohner prozentual abnehmen, nimmt die Zahl der Einwohner über 65 Jahren deutlich zu. Dieser Trend wird – entsprechend der schweizerischen Entwicklung – durch das Erreichen des Pensionsalter der Babyboomer noch deutlich verschärft.

### Altersprofil Bezirk 2016

Das Altersprofil im Bezirk im Jahr 2016 zeigt die Verteilung der einzelnen Kohorten in den Gemeinden sehr deutlich. Die Stadt Affoltern am Albis hat aufgrund der Einwohnerzahl auch die grössten Blöcke bei den Altersgruppen 65+.

Abbildung 7: Entwicklung Alterskohorten<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Datenquelle: [https://statistik.zh.ch/internet/justiz\\_innere/statistik/de/daten/gemeindeportraet\\_kanton\\_zuerich.html#a-content](https://statistik.zh.ch/internet/justiz_innere/statistik/de/daten/gemeindeportraet_kanton_zuerich.html#a-content)

Altersquotient Bezirk

Deutlich wird die Entwicklung anhand des Altersquotienten im Bezirk: Der Anteil der Bevölkerung 65+ gegenüber der Bevölkerung, die sich im Arbeitsprozess befindet, nimmt in den letzten Jahren deutlich zu. Heute liegt dieser Anteil bei knapp 30 Prozent, Tendenz: weiter steigend. Seit dem Jahr 1998 bedeutet dies eine knappe Verdoppelung.

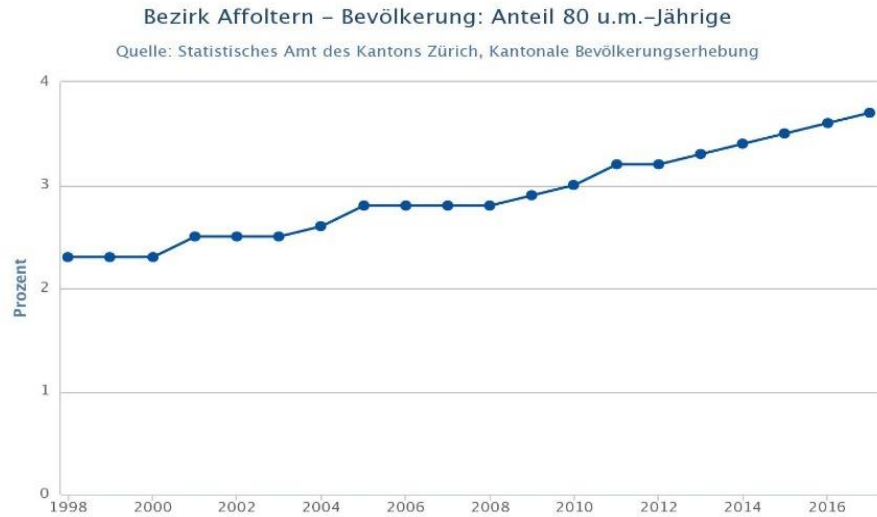
Abbildung 8: Altersquotient Bezirk Affoltern



Abbildung 9: Bevölkerung Bezirk Affoltern 65-79



Abbildung 10: Bevölkerung Bezirk Affoltern 80+



**Haushalte**

Die Struktur der Haushalte verändert sich in den letzten Jahren im Bezirk Affoltern stark. Insbesondere die Zahl der kleineren Haushalte steigt rasch und sehr deutlich. Demgegenüber nimmt die Zahl der Haushalte mit 4 Personen und mehr rasch und deutlich ab.

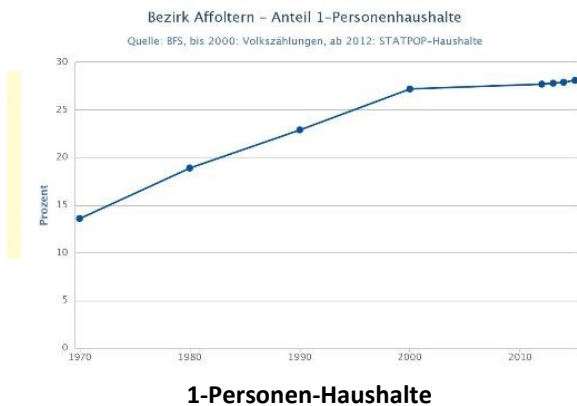


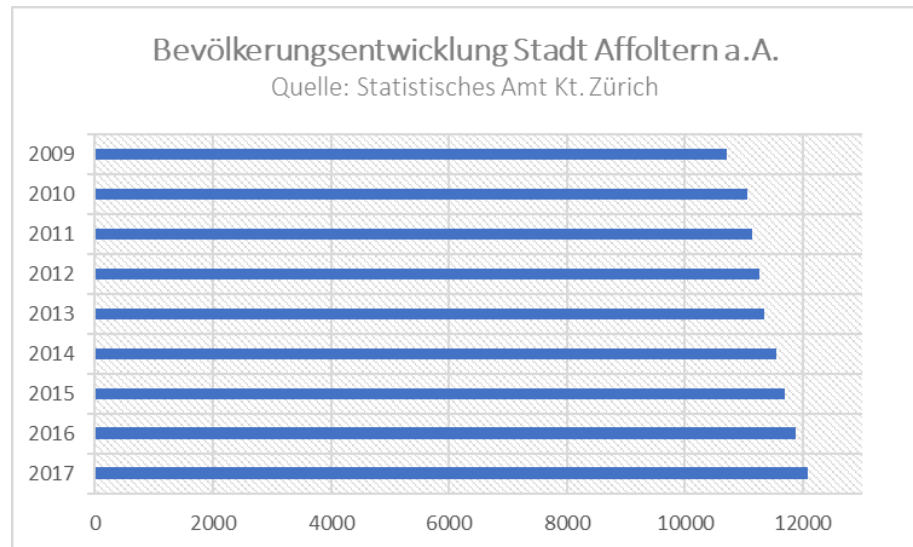
Abbildung 11: Struktur der Haushalte

## 2.3 Bevölkerungsstruktur Stadt Affoltern

### Bevölkerungsentwicklung

Die Stadt Affoltern wächst stetig und weitgehend linear. Heute zählt die Stadt etwas mehr als 12'000 Einwohner.

Abbildung 12: Bevölkerung in den Gemeinden



### Altersentwicklung



Die Altersentwicklung ist in der nächsten Abbildung dargestellt. Darin enthalten ist auch das auf 1998 indexierte Wachstum der beiden Alterskohorten 65-79 und 80+. In diesen 20 Jahren hat die Altersgruppe der 65-79-jährigen sich fast verdoppelt (ca. 95% Wachstum), die der über 80-Jährigen hat sich mehr als verdoppelt (116% Zuwachs). Diese Entwicklung ist nicht überraschend, zeigt aber die Notwendigkeit einer fokussierten Gesundheitsversorgung auf.

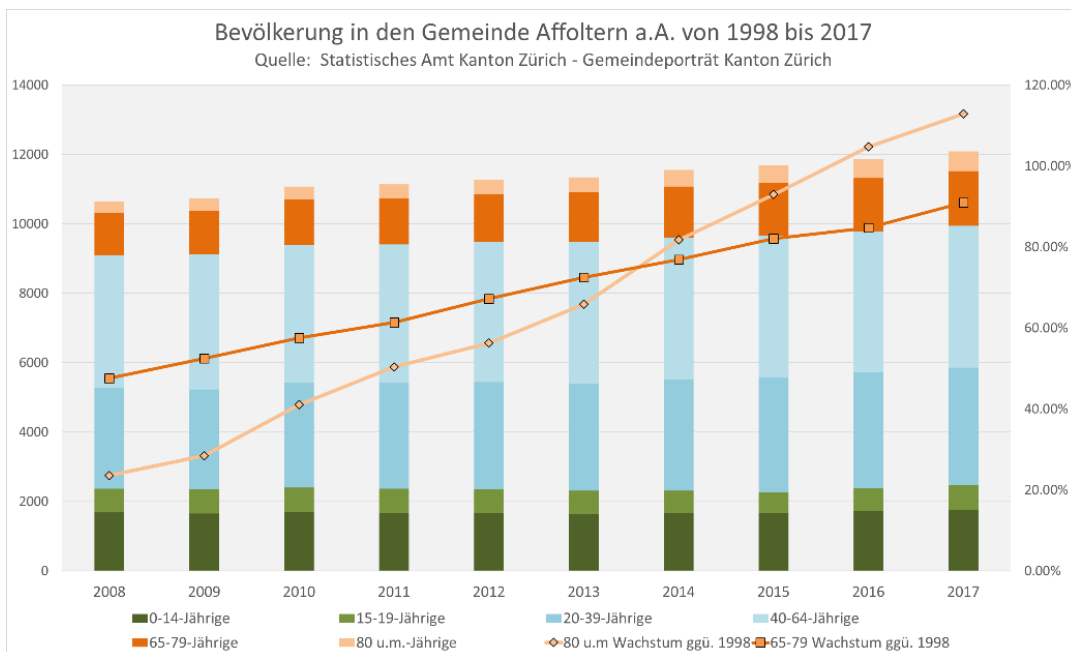


Abbildung 13: Bevölkerungsentwicklung Stadt Affoltern nach Altersgruppen

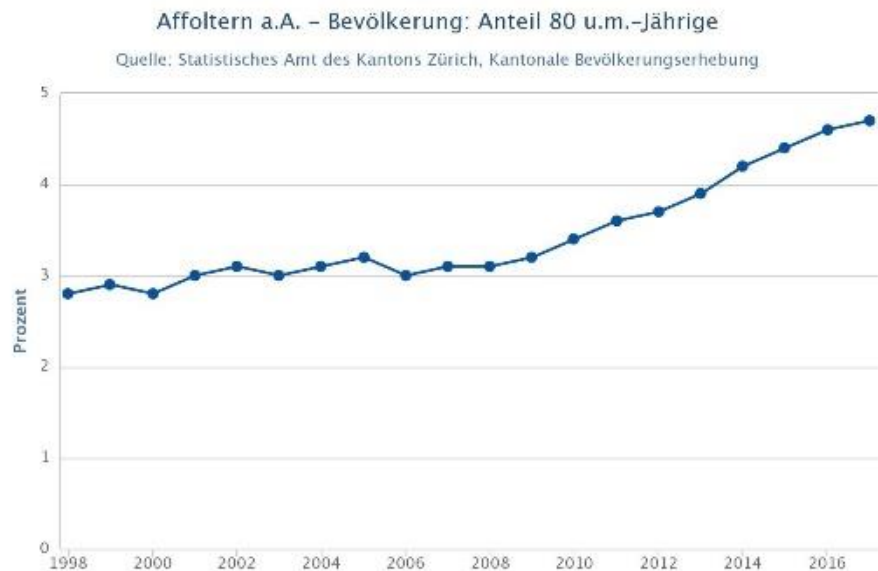
**Altersbevölkerung  
Stadt Affoltern**

Die beiden nächsten Grafiken zeiten die Bevölkerungsentwicklung der beiden Kohorten 65-79 und 80+ noch einmal auf<sup>2</sup>. Was sich sehr deutlich zeigt, ist dass der Anstieg der Gruppe 80+ deutlich schneller ist, als der Zuwachs bei der Gruppe 65-79. Der relative Anteil ist bei den 80+ zwar deutlich geringer (knapp 5% im Jahr 2017 gegenüber 13% bei der Gruppe 65-79), aber gleichzeitig ist die «Belastung» der Altersgruppe 80+ ungleich grösser als bei der jüngeren Gruppe.

**Abbildung 14: Bevölkerungsentwicklung Stadt Affoltern 65-79**



**Abbildung 15: Bevölkerungsentwicklung Stadt Affoltern 80+**



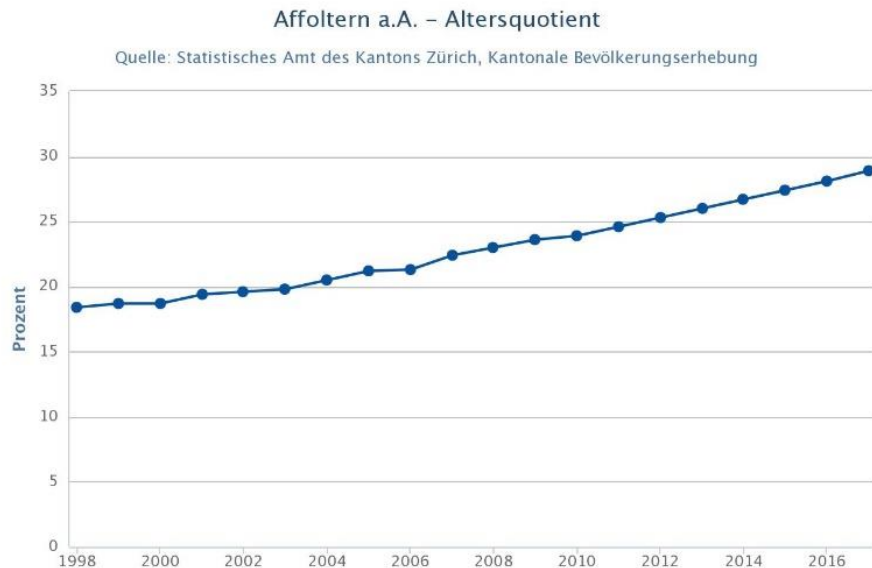
**Altersquotient**

Bei diesen Entwicklungen ist es nicht überraschend, dass der Altersquotient der Stadt Affoltern bereits nahe der 30 Prozent-

<sup>2</sup> Quelle: Statistisches Amt Kanton Zürich, online-Abfrage

Marke ist. Es ist anzunehmen, dass diese Grenze in den nächsten ein bis zwei Jahren überschritten wird.

Abbildung 16: Altersquotient Stadt Affoltern



Entwicklung Bevölkerung 65+



Die Altersbevölkerung wird sich auch in den nächsten Jahren stark entwickeln. Dabei verhalten sich die Altersgruppen durchaus nicht synchron: bei den Gruppen der 65-69-Jährigen und 85-89-Jährigen wird für das Jahr 2030 ein deutlicher Anstieg erwartet, dies im Gegensatz zu den 75-79-Jährigen, die eher flacher ansteigen. Bei den über 100-jährigen ist heute noch keine Prognose möglich, es ist aber anzunehmen, dass auch diese Gruppe in den nächsten Jahren grösser wird.

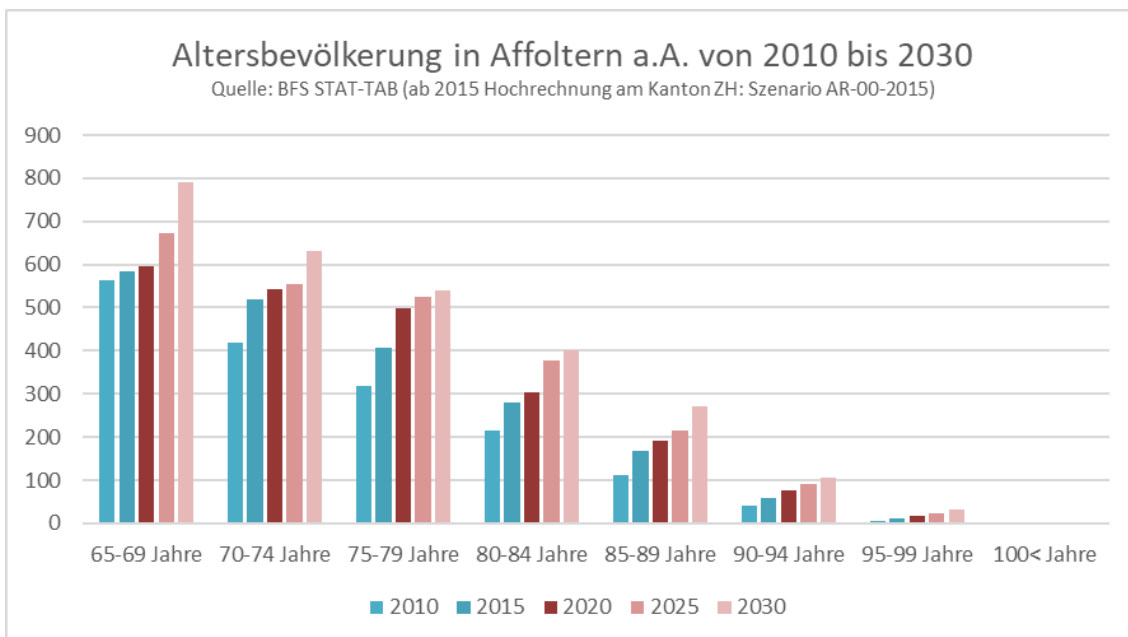


Abbildung 17: Entwicklung der Bevölkerung 65+ bis 2030



**Kommentar**

In Anbetracht der Tatsache, dass insbesondere die älteren Personen über 65 Jahren die grössten Konsumenten von Gesundheitsleistungen sind, muss die Akutversorgung auch den Bereich Alter besonders fokussieren. Dies bedeutet ohne steuernde Eingriffe verlängerte Hospitalisationszeiten, hohe bis sehr hohe Konsultationsraten bei den ambulanten Grundversorgern und insgesamt höhere Nutzung aller Akteure.

**Kommentar**

Die Bevölkerung im Bezirk und in der Stadt Affoltern befindet sich in einem Übergang. Die demographische Entwicklung ist deutlich sichtbar.

Die Haushaltsstruktur verändert sich stark. Dies ist für die Gesundheitsversorgung insbesondere dann relevant, wenn ein pflegender Angehöriger fehlt, um einfache Betreuungs- und Pflegeleistungen zu übernehmen. Auch erhöht sich das Risiko für Isolation und Verwahrlosung.

## 2.4 Versorgungsstrategische Implikationen Bevölkerungsstruktur

**Versorgungssicherheit**

Um die Versorgungssicherheit nachhaltig aufrechterhalten zu können, müssen die Bevölkerungsstrukturen differenziert werden. Dabei gibt es folgende Schwerpunkte:



- Gemeinden mit einer Einwohnerzahl unter 2000 Einwohner liegen auch für Organisationen der Grundversorgung unterhalb der kritischen Grösse, um ein rentables Geschäftsmodell aufbauen zu können.
- Ausser der Stadt Affoltern sind die Gemeinden im Bezirk Affoltern nicht attraktiv für Leistungserbringer mit mittlerer oder höherer Spezialisierung.
- Die demographische Entwicklung macht die Gesundheitsversorgung im Alter zu einer grossen Herausforderung. Dies betrifft alle Gemeinden gleichermassen: eine Grundversorgung mit hausärztlichen Leistungen, Spitex und stationärer Langzeitpflege ist für alle Gemeinden zwingend. Es wird nicht ausreichen, dass die umliegenden Gemeinden des Bezirks die Versorgungsstrukturen vollständig an die Stadt Affoltern delegiert.

**Gemeinde: Bevölkerungsdichte**

Die Gemeinden im Bezirk Affoltern sind unterschiedlich in ihrer Grösse und Bevölkerungsdichte. Insbesondere die kleineren Gemeinde dürften für die Ansiedlung von privaten Gesundheitspraxen (Ärzte, Physiotherapie, Hebammen) nur wenig attraktiv sein, da die Bevölkerungszahl eine Auslastung der Praxis nicht sicherstellen kann. Mittel- bis langfristig dürfte sich eine Versorgung mit ambulanten Grundversorgern eher durch ein integriertes Grundversorgungssystem im Bezirk gewährleisten lassen.

**Strategische Aussage**  
Herausforderung Versorgungssicherheit

Die Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit ist für den Bezirk Affoltern durch seine geographische Lage eine grössere Herausforderung als für andere mit höherer Bevölkerungsdichte bzw. an den grossen Verkehrsachsen (West-Ost, Nord-Süd).

**Bevölkerungsdichte**

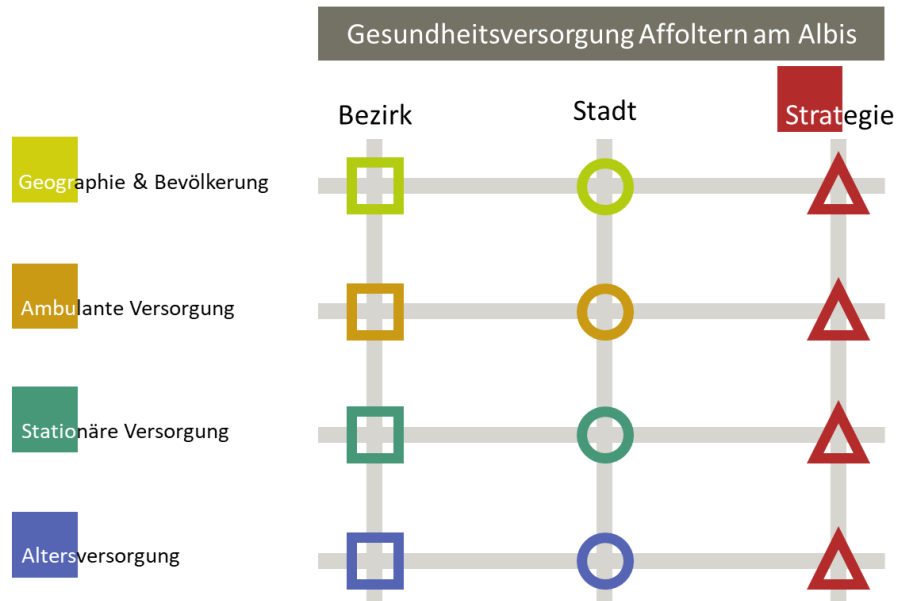
Der Bezirk Affoltern ist mit einer Bevölkerungszahl von knapp 55'000 Einwohnerinnen und Einwohnern am untersten Rand für den Aufbau einer Versorgungsregion. Für die ambulante Grundversorgung gibt es grundsätzlich genügend Fälle, um entsprechende Leistungsanbieter auszulasten. Hier besteht lediglich die Herausforderung der hohen Fragmentierung in viele kleinere und sehr kleine Gemeinden.  
Für die spital-stationäre Versorgung ist die Region (zu) klein. Die politische Diskussion geht zunehmend von Versorgungsregionen aus, die zwischen 300'000 und 500'000 Einwohner als Spitalregion fokussiert.

**Strategische Aussage**  
Einwohnerzahl vs. Spital Affoltern

Der Bezirk Affoltern ist durch seine Einwohnerzahl für die Führung eines eigenen Spitals Affoltern vor grosse Herausforderungen gestellt. Einerseits begrenzt die mögliche Fallzahl die Grösse des Spitals, andererseits ist die Häufigkeit von Behandlungen mit höherer Spezialisierung (und höherer Fallschwere) seltener. Die Empfehlungen zur Spitalplanung der Gesundheitsdirektoren-Konferenz (GDK) und das durch die GDK übernommene Leistungsgruppenkonzept von Zürich verschärfen diese Herausforderung noch.

### 3 Ambulante Gesundheitsversorgung Bezirk und Stadt Affoltern

Übersicht



#### 3.1 Einführung

Ambulante Leistungen



Übersicht Akteure

Die ambulante Grundversorgung ist ein zentraler Teil der Gesundheitsversorgung und umfasst verschiedene Akteure. Neben den ärztlichen Praxen sind insbesondere Spitex, und nicht-medizinische Praxen wie Hebammen, Physiotherapie, Ergotherapie und Apotheken von Bedeutung.

Da die ambulanten Leistungen – mit Ausnahme der spitalambulanten Leistungen – durch private Akteure erbracht werden, kann kaum auf Leistungskennzahlen zurückgegriffen werden. So wissen wir nicht, wie viele Leistungsstunden tatsächlich für welche Fälle produziert werden.

#### 3.2 Strukturen

Übersicht

Die Strukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung sind breit gefächert. Was sie auszeichnet ist, dass sie durchwegs privatrechtlich aufgestellt sind, mit einer Ausnahme: der öffentlichen Spitex, die als Verein organisiert ist.

Die Leistungen der ambulanten Gesundheitsversorgung lassen sich in zwei Bereiche bündeln: direkte und indirekte Gesundheitsleistungen.

Direkte Gesundheitsleistungen

Bei den direkten Gesundheitsleistungen stehen die Praxen im Vordergrund: Praxen mit medizinischen Angeboten basierend auf einem universitären Berufsabschluss (Ärzte, Apotheker) und Praxen mit Angeboten basierend auf nicht-universitären Berufsabschlüssen (Physiotherapie, Ergotherapie, etc.). Daneben gibt es eine

ganze Reihe ambulanter Pflegeleistungen, die (selten) in einer Praxis oder bei den Betroffenen zu Hause stattfinden.

**Indirekte Gesundheitsleistungen**

Die indirekten Gesundheitsleistungen sind breiter: Diagnostik, Medikamente, Beratung, Unterstützungsleistungen oder Hilfsmittel. Nicht aufgelistet werden alle präventiven oder unterstützenden Leistungen wie Nahrungsmittel, Sport, Fitness und so weiter.

**Übersicht Gesundheitsleistungen**

Direkte Gesundheitsleistungen	Indirekte Gesundheitsleistungen
<b>Ärztliche Leistungen Praxis</b> ➤ <b><u>Grundversorgung: Allgemeine innere Medizin, Kinder und Jugendliche, Gynäkologie und Geburtshilfe</u></b> ➤ <b><u>Spezialisten</u></b> ➤ <b><u>Psychiatrie / Psychotherapie</u></b> ○ Zahnmedizin	<b>Diagnostik zentralisiert</b> ○ Röntgen / Bildgebende Verfahren ○ Labor <b>Medikamente Verkauf</b> ➤ <b><u>Apotheken</u></b> ○ Drogerien ○ Selbstdispensierende Ärzte
<b>Therapeutische Leistungen Praxis</b> ○ Physiotherapie ○ Ergotherapie ○ Hebammen ○ Logopädie ○ Fusspflege ○ Dentalhygiene ○ weitere	<b>Betreuung/Unterstützung</b> ○ Hauswirtschaftliche Leistungen ○ Betreuung, Begleitung ○ Besuchsdienst ○ Mahlzeitendienst <b>Beratung</b> ○ Ernährungsberatung ○ Beratung zu Leistungen / Organisationen
<b>Ambulante Pflege</b> ○ Öffentliche Spitex ○ Private Spitex ○ Pflegepraxen ○ Entlastungsdienste (z.T. stationär)	<b>Hilfsmittel</b> ○ Hören ○ Sehen ○ Mobilität ○ Krankenmobilien



**Fokussierung**

In diesem Bericht werden nicht alle Akteure gleichermaßen berücksichtigt. Im Fokus stehen die für die Grundversorgung relevanten Bereiche. Die Organisationen und Akteure sind in der obigen Tabelle fett gedruckt und unterstrichen.

Im Fokus stehen: Arztpraxen und Apotheken. Auf die anderen Versorgungsbereiche wird hier nicht eingegangen, insbesondere deshalb, weil die Tätigkeit der therapeutischen Praxen wie Hebammen und Physiotherapie oft nicht auf die Praxisräume beschränkt ist. Eine Beurteilung der Versorgungsqualität auf der Basis der Anzahl Praxen ist deshalb kaum möglich.

3.2.1 Arztpraxen

**Einführung**

Die medizinische Grundversorgung basiert auf der hausärztlichen Praxis. Hier findet die kontinuierliche Versorgung statt: niederschwellig, dezentral und kostengünstig. Eine stabile und nachhaltige hausärztliche Versorgung ist damit der Lebensnerv der medizinischen Grundversorgung.

Allgemeine Medizin & Spezialisten

Im Bezirk Affoltern werden 64 Ärzte (Stand 08/2018) erfasst<sup>3</sup>, wobei 33 in den Fachbereichen innere Medizin, Allgemeinmedizin oder praktizierender Arzt tätig sind. Daneben führen 31 Spezialisten eine Praxis. Davon sind 5 Ärzte auf Kinder und Jugendliche spezialisiert, 3 Praxen für Gynäkologie und Geburtshilfe.

	Affoltern	Aegst	Bonstetten	Hausen	Hedingen	Maschwanden	Metmenstetten	Kappel	Kronau	Obfelden	Ottenbach	Rifferswil	Stallikon	Wettswil	Total pro Fachgebiet
Allgemeine Innere Medizin	12	2	6	3	3	0	5	0	2	1	2	0	1	3	40
Endokrinologie/Diabetologie	2														2
Kardiologie	1														1
ORL	2														2
Ophthalmologie	1													1	2
Orthopädische Chirurgie	1														1
Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie	1														1
Gynäkologie und Geburtshilfe	3														3
Kinder- und Jugendmedizin	4													1	5
Psychiatrie und Psychotherapie	6			1											7
<b>Total pro Gemeinde</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>64</b>

Tabelle 1: Arztpraxen nach fachlichem Schwerpunkt und Gemeinde

Verteilung



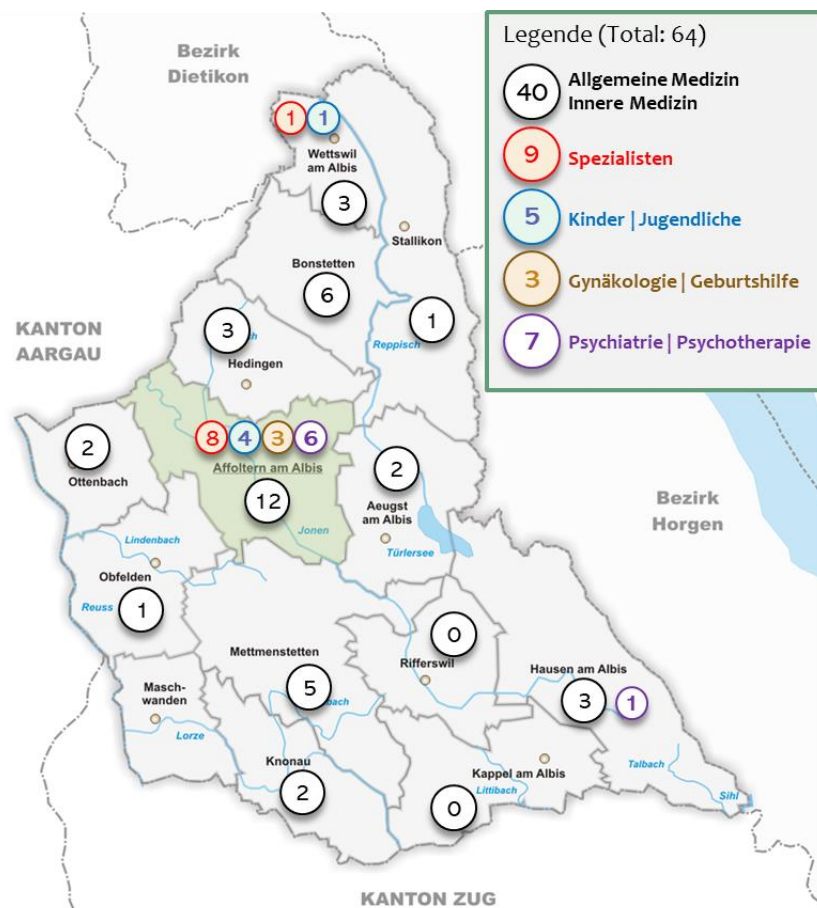
Die Verteilung der Ärzte im Bezirk (siehe nachfolgende Abbildung) entspricht mehr oder weniger der Bevölkerungsdichte der jeweiligen Gemeinde. Die Stadt Affoltern hat die höchste Ärztedichte, dies sowohl bei den Grundversorgern als auch bei den Spezialisten.

Die Zahl der Praxen in den Gemeinden ist sehr unterschiedlich: in den Gemeinden Rifferswil und Kappel am Albis gibt es keine Arztpraxis, in Bonstetten dafür 6.

Kinderärzte gibt es nur in der Stadt Affoltern (5) und Wettswil (1), ebenso Ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe. Psychiatrie und Psychotherapie gibt es in zwei Gemeinden: Stadt Affoltern und Hausen am Albis.

<sup>3</sup> Recherche mit Google. Möglicherweise sind nicht alle Ärzte erfasst.

Abbildung 18: Verteilung Arztpraxen nach Fachbereichen



Kommentar

Die Versorgung mit Ärzten ist ausserhalb der Stadt Affoltern tief. Einerseits wird die Belastung der einzelnen Praxen damit hoch bis sehr hoch. Andererseits besteht für die Einwohnerinnen und Einwohner nur sehr wenig Wahlmöglichkeit: kann das Vertrauen zum lokalen Arzt nicht aufgebaut werden, haben Einwohner nur wenig Ausweichmöglichkeiten.

Die Verantwortung im Spital Affoltern steigt, wenn die ambulante Grundversorgung in den umliegenden Gemeinden nicht ausreichend wahrgenommen werden kann. Im Sinne der Nachhaltigkeit braucht es eine Sicherung der dezentralen Hausarztmedizin.

Vergleich Ärztedichte

In der nachfolgenden Abbildung ist die Ärztedichte sichtbar. Diese Zahlen werden auf eine Bevölkerung von 1'000 Einwohner hochgerechnet. Der Mittelwert in der Schweiz liegt bei knapp 2.2 Ärzten pro 1'000 Einwohnern.

In der Stadt Affoltern liegt die Ärztedichte deutlich höher. Sie beträgt – mit starken Schwankungen – aktuell rund 3 Ärzte pro 1'000 Einwohner. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass die Ärztedichte im Bezirk mit 1.4 deutlich tiefer liegt. Diese Zahlen zeigen, dass der Bezirk Affoltern eher wenig Arztpraxen bzw. niedergelassene Ärzte hat, entsprechend gross dürfte die Auslastung sein.

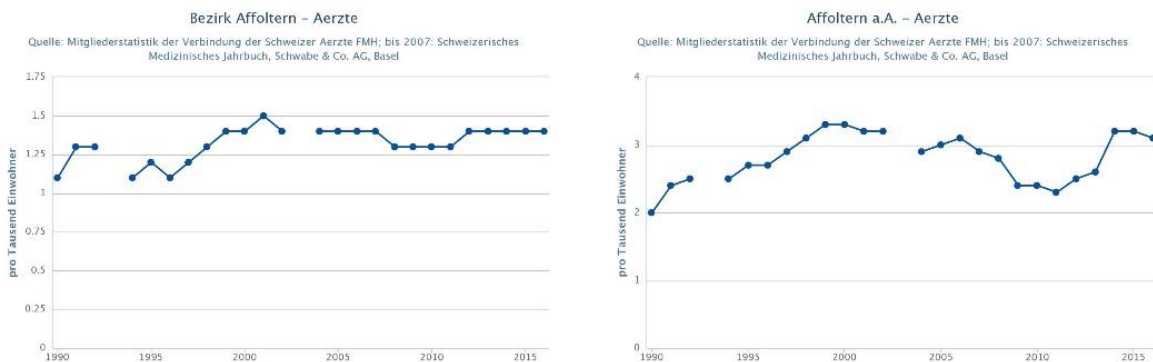


Abbildung 19: Ärztedichte ambulant im Vergleich

**Kommentar**

Die Ärztedichte in der Stadt Affoltern ist theoretisch angemessen. Unter Berücksichtigung der sehr tiefen Ärztedichte im Bezirk ist diese Tatsache aber mit Vorsicht zu geniessen. Es ist zu erwarten, dass Einwohnerinnen und Einwohner an den nördlichen und südlichen Rändern des Bezirks auf Arztpraxen in anderen Regionen ausweichen.

3.2.2 Apotheken

**Apotheken**

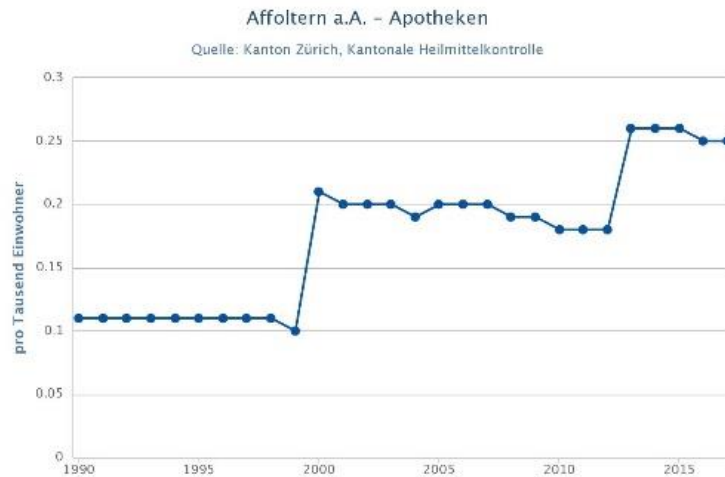
In der Stadt Affoltern gibt es insgesamt 3 Apotheken und damit eine (theoretische) Dichte von 0.25 Apotheken auf 1'000 Einwohner, im Bezirk bei 0.07 Apotheken pro 1'000 Einwohner. Gemäss der schweizerischen Statistik liegt der Mittelwert bei 0.21 Apotheken.

Abbildung 20: Apotheken Bezirk Affoltern





Abbildung 21: Apotheken Stadt Affoltern



**Geringe Dichte**

Der Bezirk Affoltern hat eine unterdurchschnittliche Dichte an Apotheken. Auch hier ist die Stadt Affoltern für den Bezirk von grosser Bedeutung. Insbesondere wenn die Mobilität aufgrund von Alter oder Krankheit eingeschränkt ist, kann die Versorgung mit Medikamenten ausserhalb der Stadt Affoltern schwierig werden.

**Kommentar**

Die Menge der Apotheken im Bezirk ist tief. Für die Stadt Affoltern stehen aber genügend Angebote zur Verfügung.

3.3 Strategische Implikationen ambulante Versorgung

**Freier Markt**

Die ambulante Versorgung unterliegt weitgehend dem «freien Markt». Die Versorgung mit Ärzten ist ausserhalb der Stadt Affoltern tief. Einerseits wird die Belastung der einzelnen Praxen damit hoch bis sehr hoch. Andererseits besteht für die Einwohnerinnen und Einwohner nur sehr wenig Wahlmöglichkeit.

**Grenzen erreicht**

Die ambulante Versorgung in den Gemeinden stösst zunehmend an ihre Grenzen. Die Auswirkungen sind dabei unterschiedlich: bei den Apotheken werden die Lücken durch ausserkantonale Akteure kompensiert, bei den Ärzten ist mit einem verstärkten «Medizintourismus» zu rechnen.

**Abnahme Versorgungsqualität und -sicherheit**

Ob diese Grenzen problematisch sind für die Versorgungssicherheit oder nicht, ist schwer zu eruieren. Die Konsequenz dürfte eine Abnahme der Versorgungsqualität und -sicherheit sein. Dazu kommen eine Einbusse der Standortattraktivität und ein höherer «Medizintourismus» innerhalb und ausserhalb des Bezirks.

**Mobilität nimmt zu**

Die Mobilität der Bevölkerung ist – wie überall – relativ hoch. Deshalb ist es nicht grundsätzlich problematisch, wenn es in gewissen Gemeinden nur ein bis zwei Grundversorger gibt. Insbesondere



für die ältere bzw. weniger mobile Bevölkerung kann die Grundversorgung schwieriger werden (längere Anfahrtswege, Notfälle, Medikamentenverfügbarkeit).

**Rolle des Spital Affolterns**

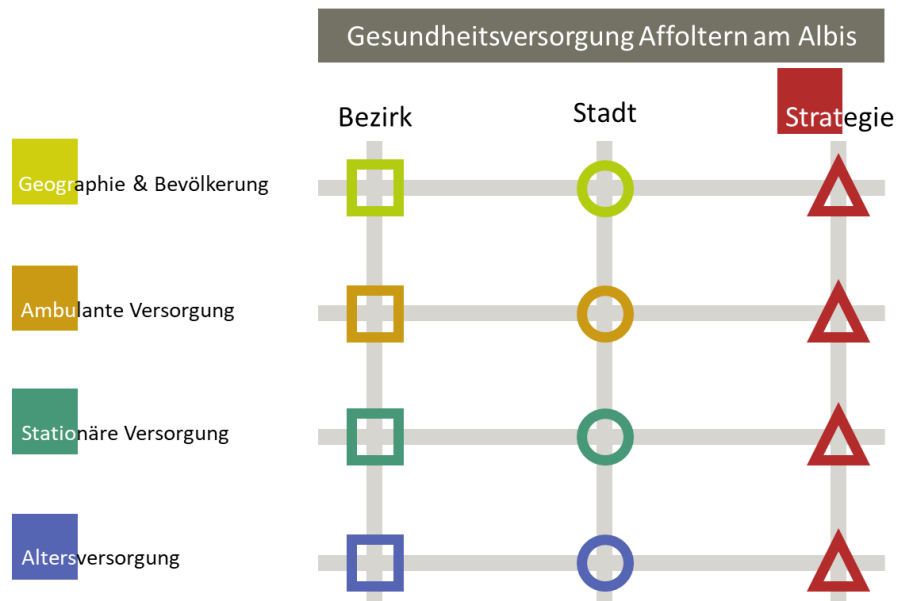
Die Abhängigkeit der ambulanten Versorgung vom Spital Affoltern steigt, wenn die ambulante Grundversorgung nicht ausreichend wahrgenommen werden kann. Im Sinne der Nachhaltigkeit braucht es eine Strategie zur Sicherung der dezentralen Hausarztmedizin. Eine Schliessung des Spitals hat Auswirkungen auf die dezentrale Versorgungssicherheit, dies insbesondere in der Notfallversorgung, der vertieften Diagnostik und bei Therapien.

**Strategische Aussage**  
Ambulante Versorgung

Die nachhaltige Sicherung der peripheren Gesundheitsversorgung mit allen Qualitätskriterien wie freier Zugang, 7/24 Versorgung, Notfalldienst und Wahlmöglichkeit muss sichergestellt werden. Für den Bezirk gibt es in diversen Gemeinden ein tiefe Versorgung in verschiedenen Sparten. Flächendeckend tief (ausser in der Stadt Affoltern) ist die Zahl der Apotheken und der Ärzte in den Fachbereichen Kinder/Jugendliche, Gynäkologie und Psychiatrie. Für die Stadt Affoltern bestehen heute genügend Angebote. Bei einem Wegfall der Leistungen des Spitals Affoltern ist die Versorgung mit Notfalldienst neu zu gestalten. Der Rettungsdienst muss (von den umliegenden Spitälern) neu definiert werden. Die ambulante Psychiatrie wird heute stark gestützt durch das Spital. Bei einem Wegfall des Spitals dürfte hier eine deutlich Versorgungslücke entstehen.

## 4 Akut-Stationäre Versorgung Bezirk und Stadt Affoltern

Übersicht



### 4.1 Einführung

**Akut-Stationäre Versorgung Affoltern**



Im Bezirk Affoltern beschränken sich die akut-stationären Leistungen auf die Angebote des Spitals Affoltern und – in der Altersversorgung – auf verschiedene Pflegeheime. Es bestehen keine Angebote für die Rehabilitation.

**In diesem Kapitel werden ausschliesslich Aussagen zum Spital bzw. akutstationären und spitalambulanten Angebot gemacht. Die im Spital integrierte Langzeitpflege wird im nachfolgenden Kapitel «Altersversorgung» betrachtet.**

**Somatik und Psychiatrie**

Am Spitalstandort Affoltern besteht ein akut-stationäres und spital-ambulant Angebot in den Bereichen Somatik und Psychiatrie.

### 4.2 Strukturen

**Stationäre Versorgung Affoltern**

Das Spital Affoltern verfügt über einen Bestand von 80 Betten (Stand 2017), wobei dies eine betriebswirtschaftliche Grösse ist, die je nach Auslastung, Personalbestand oder Umbau/Renovations schwan-ken kann.

Als relevante Kennzahlen werden in der nachfolgenden Abbildung noch Personalbestand in Vollzeitäquivalent (VZÄ) und Austritte der letzten drei Jahre abgebildet.

**Austritte**

Die Zahl der Austritte ist seit 2015 leicht rückläufig: im Jahr 2015 waren es noch 4'032 Austritte, im Jahr 2017 noch 3'838. Diese Zahl teilt sich auf in die Austritte Akutsomatik (2015: 3'819; 2017: 3'636) und Austritte Psychiatrie (2015: 2'013; 2017: 202).

**Personalbestand** Der Personalbestand hat sich insbesondere zwischen den beiden Jahren 2015 und 2016 stark verändert: von 464.8 Stellen im Jahr 2015 auf 363.8 Stellen im Jahr 2016. Das Jahr 2017 liegt mit 361.8 Stellen praktisch auf Vorjahresniveau (-0.55%).

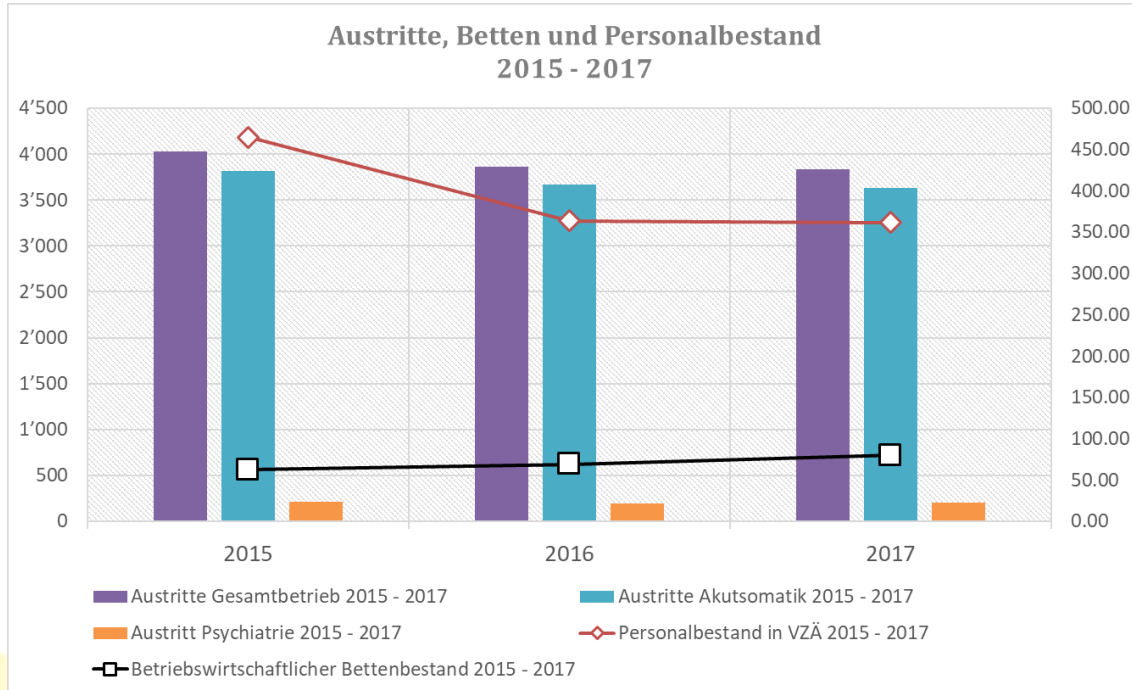
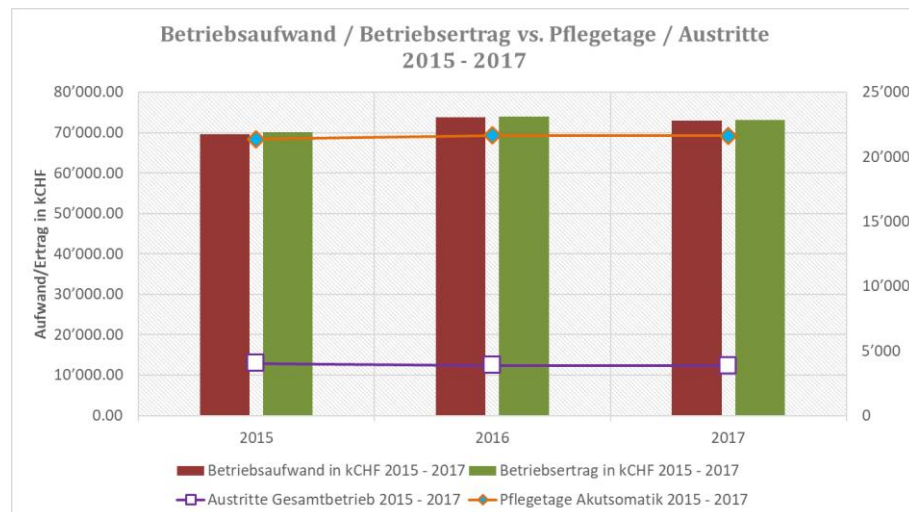


Abbildung 22: Austritte, Betten und Personalbestand

**Betriebswirtschaftliche Kennzahlen**

In der nachfolgenden Abbildung werden die betriebswirtschaftlichen Kennzahlen zusammengefasst: Betriebsaufwand vs. Betriebsertrag und Pflegetage vs. Austritte.

Abbildung 23: Betriebsaufwand/Betriebsertrag vs. Pflegetage/Austritt



**Betriebsaufwand vs. Betriebsertrag**

Betriebsertrag und Betriebsaufwand halten sich in den letzten drei Jahren in ungefähr die Waage. Auch wenn sich das Niveau leicht verschiebt, ist der Ertrag jeweils lediglich zwischen 0.2 und 0.8 Prozent über dem Aufwand.

**Personalbestand** Der Personalbestand wurde für das Jahr 2016 deutlich nach unten korrigiert. Damit konnte aber das Ergebnis nicht beeinflusst werden: war der Betriebsertrag pro VZÄ im Jahr 2015 bei CHF 151 und im Jahr 2016 bei CHF 203, so wurde gleichzeitig der Aufwand pro VZÄ erhöht: von CHF 150 im Jahr 2015 auf CHF 203 im Jahr 2016.

**Pflegetage** Die Pflegetage sind in den letzten drei Jahren beinahe unverändert bei 21'638 im Jahr 2017 gegenüber 21'360 im Jahr 2015.

### 4.3 Detaillierte Kennzahlen Spital Affoltern 2016

**Stationäre Versorgung Affoltern** Das Spital Affoltern bietet akutmedizinische und psychiatrische Versorgungsleistungen für den Bezirk bzw. die Region an. Insgesamt stehen gemäss Krankenhausstatistik folgende Leistungen zur Verfügung:

- Akutmedizin: 3'636 Austritte
- Akutpsychiatrie: 202 Austritte
- Rehabilitation: Keine Strukturen
- Total: 80 Betten mit 3'838 Austritten

#### Datenquelle

Sämtliche Daten in diesem Kapitel basieren auf den «Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2016» des Bundesamtes für Gesundheit (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016). Diese Zahlen können von anderen Publikationen abweichen. Mögliche Abweichungen dürften aber kaum ins Gewicht fallen, da es um pauschale Aussagen und Einschätzungen geht und nicht um exakte Daten.

#### Leistungskennzahlen

In der Folge werden einige Zahlen aufgenommen, die Aussagen zu den Leistungen des Spital Affoltern machen können. Diese werden immer in den Vergleich gesetzt zu den beiden Organisation Luzerner Kantonsspitäler (LUKS, Bettenzahl 2017: 856) und Kantonsspital Baden (KSB, Bettenzahl 2017: 372). Diese beiden Vergleiche sind nicht willkürlich: das LUKS repräsentiert ein grosses Zentrumsspital, das Kantonsspital Baden gilt als eines der besten Kantonsspitäler in Bezug auf Effizienz und Kostenführerschaft. Dieser Vergleich mag etwas erzwungen sein, es soll aber als Referenzgrösse in einigen Fragen dienlich sein.

#### Konsultationen und Pflegetage

Die wichtigste Leistungsgrösse ist die Zahl der Pflegetage. Sie sind aussagekräftiger als die Bettenzahl, da hier nicht die Vorhalteleistung abgebildet wird (als theoretisches Potential), sondern die abgerechnete Leistung.

Im Spital Affoltern wurden im Jahr 2016 insgesamt rund 29'000 Pflegetage geleistet. Die ambulanten Konsultationen lagen bei rund

9'500, also etwas mehr als ein Drittel. Das LUKS hatte 2.4-mal mehr ambulante Konsultationen als Pflorgetage. Damit sind die beiden Häuser sehr unterschiedlich. Das Spital Baden liegt mit einem Faktor von 1.6 noch deutlich hinter dem LUKS.

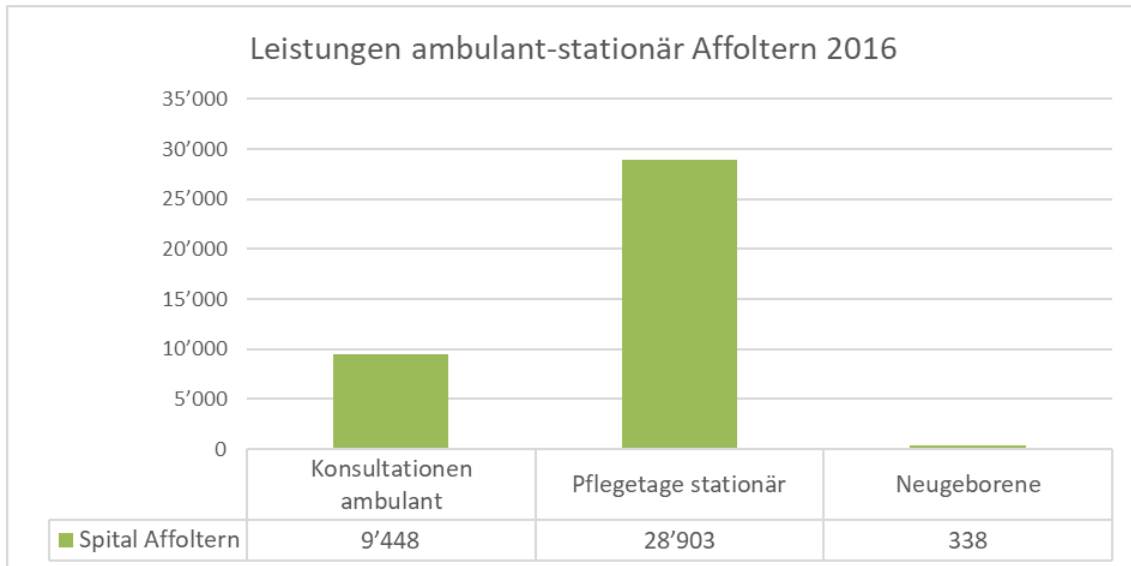


Abbildung 24: Leistungen ambulant-stationär Spital Affoltern

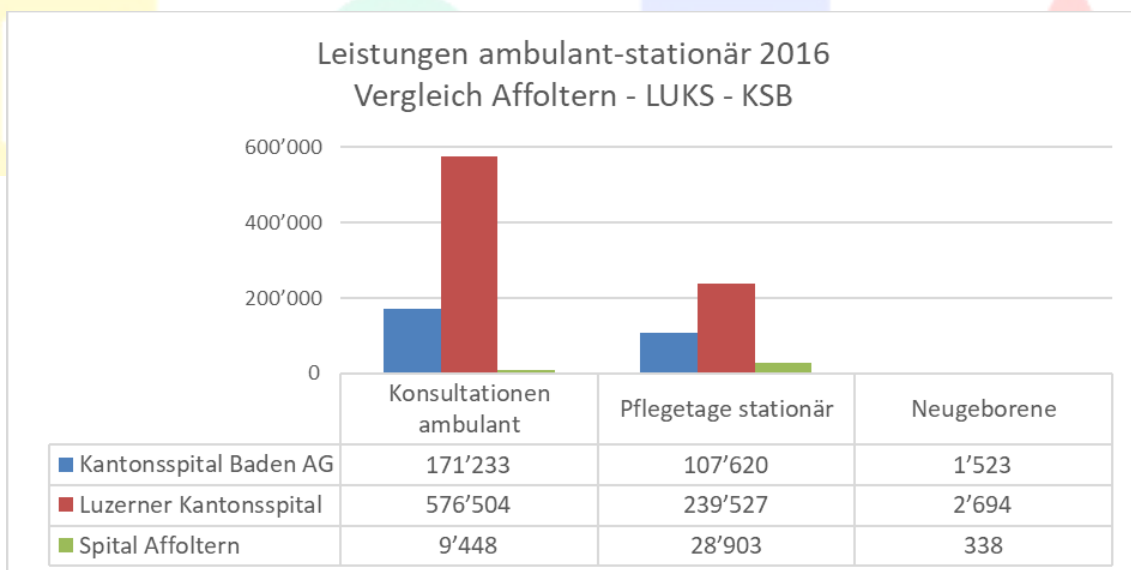


Abbildung 25: Leistungen ambulant-stationär im Vergleich

**Herkunft Patienten**

Die Patienten im Spital Affoltern kommen zu knapp 90 Prozent aus dem eigenen Kanton. Die restlichen 11 Prozent verteilen sich auf ausserkantonale Patienten (10.6%) bzw. ausländische Patienten (0.7%).

Der Anteil der ausländischen Patienten ist auch in den beiden Vergleichsspitalern unter einem Prozent. Die Anteile der ausserkantonalen Patienten unterscheiden sich indes deutlich: im Kantonsspital

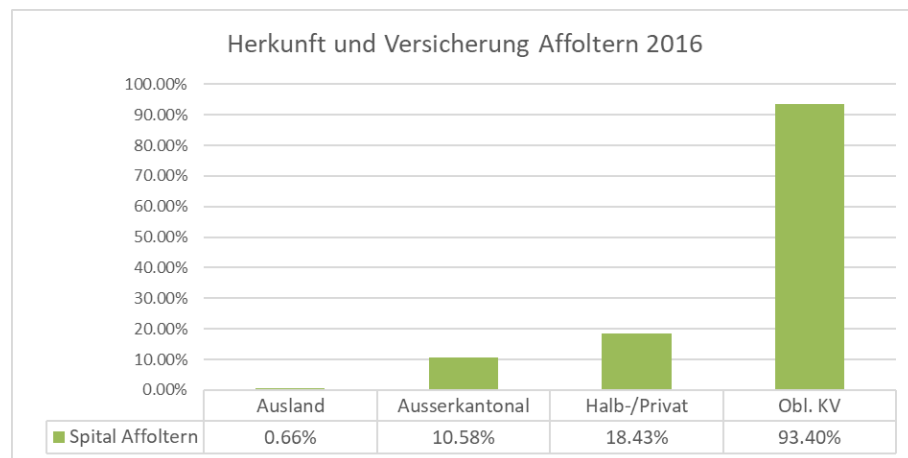
Baden sind nur gerade 5 Prozent der Patienten aus anderen Kantonen, insgesamt 94 Prozent kommen aus dem eigenen Kanton. Das LUKS hat etwa doppelt so viele ausserkantonale Patienten wie das Spital Affoltern.

**Versicherungstyp**

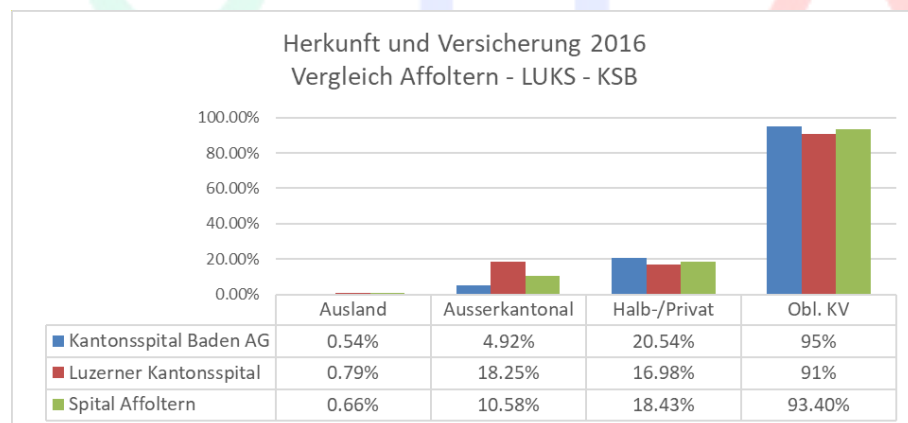
Der Anteil der Halb- bzw. Privatpatienten ist im Spital Affoltern mit 18 Prozent in der Mitte: Das LUKS liegt mit 17 Prozent leicht tiefer, etwas höher ist das KSB mit 21 Prozent.

93 Prozent der Leistungen werden über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet. In den Vergleichsspitalern ist der Wert ähnlich: 91 Prozent im LUKS, gar 95% im KSB.

**Abbildung 26:**  
Herkunft und  
Versicherung Spi-  
tal Affoltern



**Abbildung 27:**  
Herkunft und  
Versicherung im  
Vergleich



**Personalzusam-  
mensetzung**

Die personelle Zusammensetzung im Spital Affoltern ist in der nachfolgenden Abbildung ersichtlich. Der grösste Personalblock ist – wie in allen Spitalern – im Bereich Pflege (55%). Der Anteil der Ärzte liegt bei etwas mehr als 9 Prozent, die medizin-technischen (z.B. Radiologie, Labor) und medizin-therapeutischen (z.B. Physiotherapie, Logopädie) Berufe (MTT) machen knapp 10 Prozent aus.

Im Vergleich mit den anderen Spitalern ist der Anteil der Ärzte deutlich tiefer (LUKS 15.9%; KSB 16.5%). Dies lässt sich durch eine höhere Belegarztquote gut erklären. Der Anteil der Pflege ist deutlich höher (LUKS 46%; KSB 43%) – eine Tatsache, die auf einen tieferen CaseMix

schliessen lässt. Das Personal MTT liegt im Spital Affoltern tiefer als in den beiden anderen Spitälern (LUKS 12.5%; KSB 11.5%).

Abbildung 28:  
Personalzusammensetzung Spital Affoltern

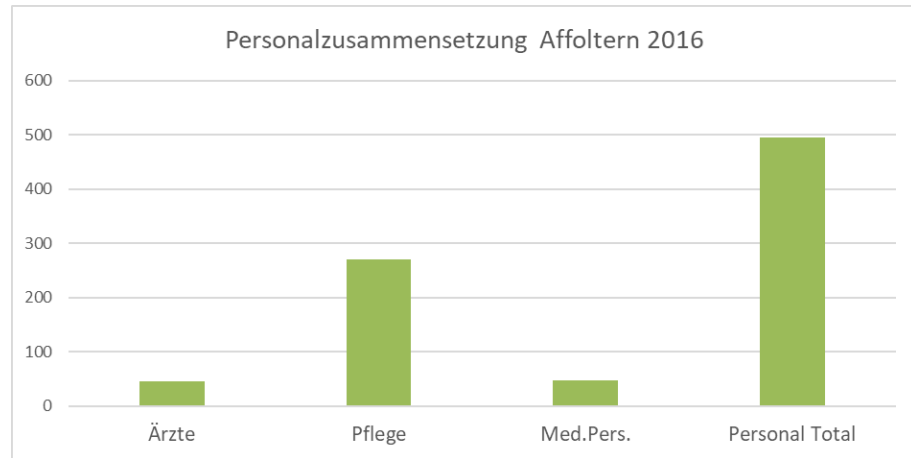
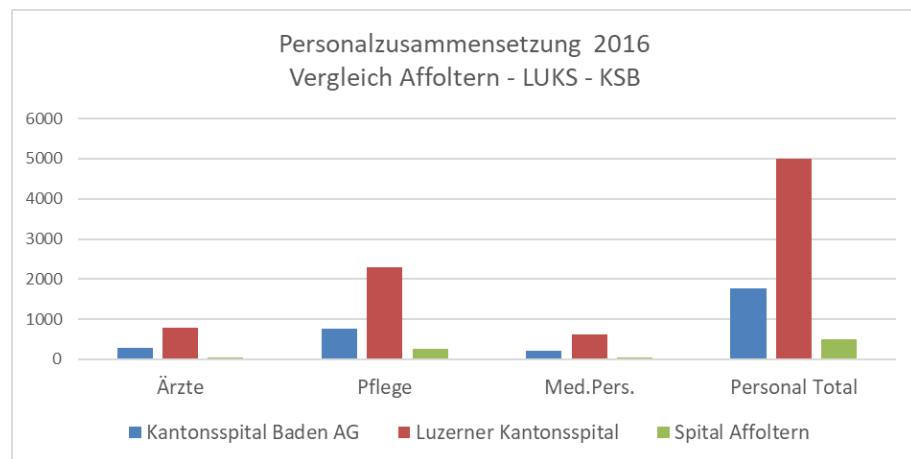


Abbildung 29:  
Personalzusammensetzung im Vergleich



**Produktivität**

Die bisherigen Zahlen sind noch schwer interpretierbar. Sie können mit verschiedenen Faktoren zu tun haben wie Grösse der Bettenstationen, CaseMix, Hierarchie, und so weiter. Etwas genauere Aufschlüsse auf die Produktivität lassen sich machen, wenn man die Pfl egetage in Relation zu den Personaltypen herstellt. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl der Pfl egetage pro Vollzeitstelle einer Berufsgruppe bzw. aller Berufsgruppen (einschliesslich Verwaltung).

**Pfl egetage pro Personaltyp**

Pro Arztstelle werden knapp 640 Pfl egetage geleistet. Diese Zahl ist sehr hoch, da sie durch die nicht eingerechneten Belegärzte verzerrt wird. In den beiden Vergleichsspitälern LUKS und KSB liegen die Zahlen bei 370 (KSB) bzw. 302 (LUKS) Pfl egetagen pro Arzt. In der Pfl ege liegen die Relationen näher beieinander: Zwischen 104 und 142 Pfl egetage werden pro Pfl egestelle geleistet. Die Produktivität der Pfl ege im Spital Affoltern vergleichbar mit dem LUKS, auch hier aufgrund der Belegärzte, die zusätzliche Pfl egetage «produzieren».



Abbildung 30:  
Pflegetage pro  
Personaltyp

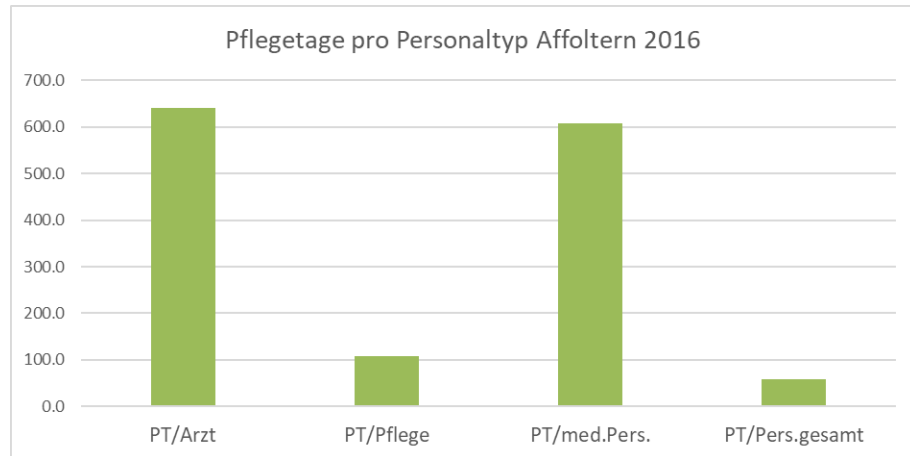
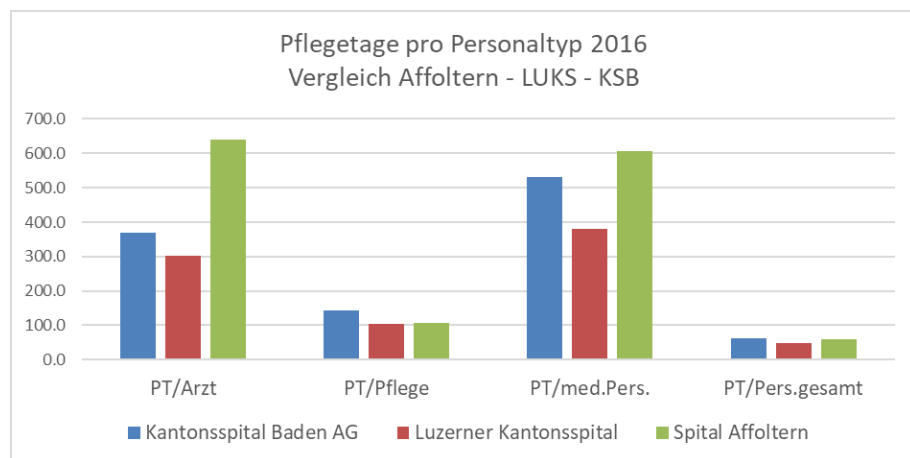


Abbildung 31:  
Pflegetage pro  
Personaltyp im  
Vergleich



Belegärzte

Bei dieser Darstellung ist zu beachten, dass das Spital Affoltern über Belegärzte verfügt, die insgesamt 5'742 Stunden leisten (im Vergleich: Das KSB hat mit einer deutlich höheren Bettenzahl Belegärzte mit 6'242 Stunden). Die ökonomische Bedeutung der Belegärzte lässt sich derzeit nicht einschätzen. Folgende Faktoren sollten aber berücksichtigt werden:

- Belegärzte sind nicht im Spital Affoltern angestellt und beziehen dementsprechend keinen Lohn vom Spital Affoltern.
- Sie beteiligen sich im Rahmen ihrer Dienstleistungen an den Kosten der Infrastruktur, lösen aber auch solche aus.
- Sie bringen einen wichtigen Teil der ambulanten Patienten.
- Sie bringen einen gewissen Teil an stationären Patienten, welche durch die Pflege, Hotellerie, Hauswirtschaft des Spital Affoltern versorgt werden müssen.

Ertrag medizinische Leistungen pro Pflegetag

Der Ertrag aus medizinischen Leistungen pro Pflegetag liegt im Spital Affoltern bei CHF 2'300. Dies ist im Vergleich zu den anderen Spitälern tief. Das KSB liegt mit CHF 2'700 knapp 17 Prozent höher. Im Luzerner Spital Affoltern liegt der Ertrag bei CHF 3'300, das sind



44 Prozent mehr Ertrag pro Pflegetag. Der Ertrag erschliesst sich aus der Baserate, dem CaseMix und den Produktions- bzw. Lohnkosten.

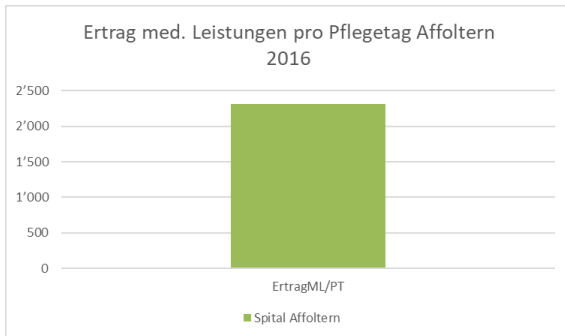


Abbildung 32: Ertrag med. Leistungen pro Pflegetag Spital Affoltern

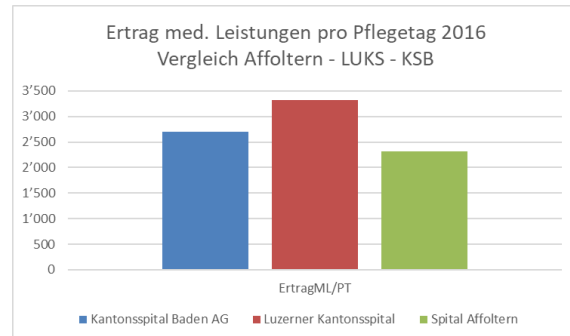


Abbildung 33: Ertrag med. Leistungen pro Pflegetag im Vergleich

### Aufwand pro Pflegetag

Der Aufwand pro Pflegetag lässt sich aus zwei Perspektiven beurteilen: Personalaufwand pro Pflegetag und Gesamtaufwand pro Pflegetag.

Das Spital Affoltern hat einen Personalaufwand von CHF 1'790 pro Pflegetag und einen Gesamtaufwand von CHF 2'410 pro Pflegetag. Dies ist im Vergleich mit den anderen Organisationen tief: Das KSB liegt bei den Personalkosten auf gleicher Höhe, bei den Gesamtkosten 18 Prozent höher als das Spital Affoltern. Das LUKS liegt in beiden Werten deutlich höher: 20 Prozent höher bei den Personalkosten bzw. 41 Prozent bei den Gesamtkosten pro Pflegetag.

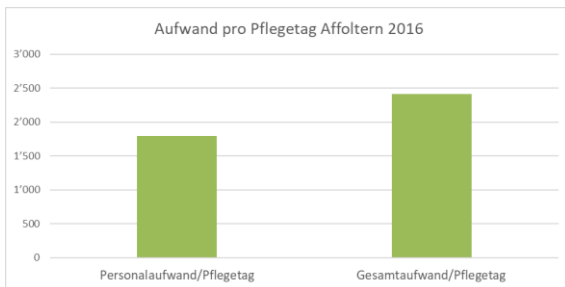


Abbildung 34: Aufwand pro Pflegetag Spital Affoltern

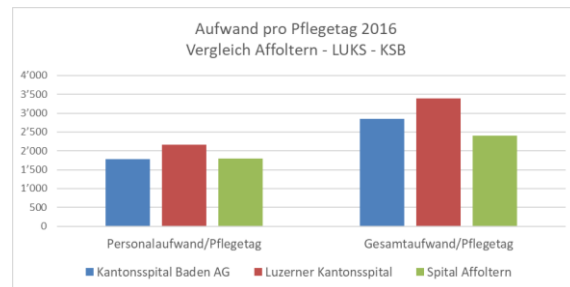


Abbildung 35: Aufwand pro Pflegetag im Vergleich

## 4.4 Kennzahlen und Quoten

### Einführung

In diesem Kapitel werden Kennzahlen und Quoten der drei Spitäler verglichen<sup>4</sup>: Das Spital Affoltern, die Luzerner Kantonsspitäler und das Spital Baden. Die Angebote dieser drei Spitäler sind sehr unterschiedlich und es lässt sich über die Zulässigkeit eines Vergleiches durchaus diskutieren.

<sup>4</sup> Grundlage bilden die Kennzahlen aus den jeweiligen öffentlich zugänglichen Jahresberichten.

Der Zweck dieses Vergleiches liegt darin, einige Hypothesen zu erarbeiten, die für die strategischen Fragen von Bedeutung sind.

**Kennzahlen**

Verglichen werden Finanz- und Leistungskennzahlen:

- Gesamtertrag: Gesamtertrag des Spitals
- Erlös Leistungen: Erlös der erbrachten Gesundheitsleistungen
- Gesamtaufwand: Zusammenfassung aller Aufwände: Löhne, Betriebsaufwand
- Personalaufwand: Zusammenfassung aller Löhne

Nach der Darstellung der einzelnen Kennzahlen (Säulen) werden die Verhältnisse dieser Kennzahlen in Prozenten dargestellt (Punkte).

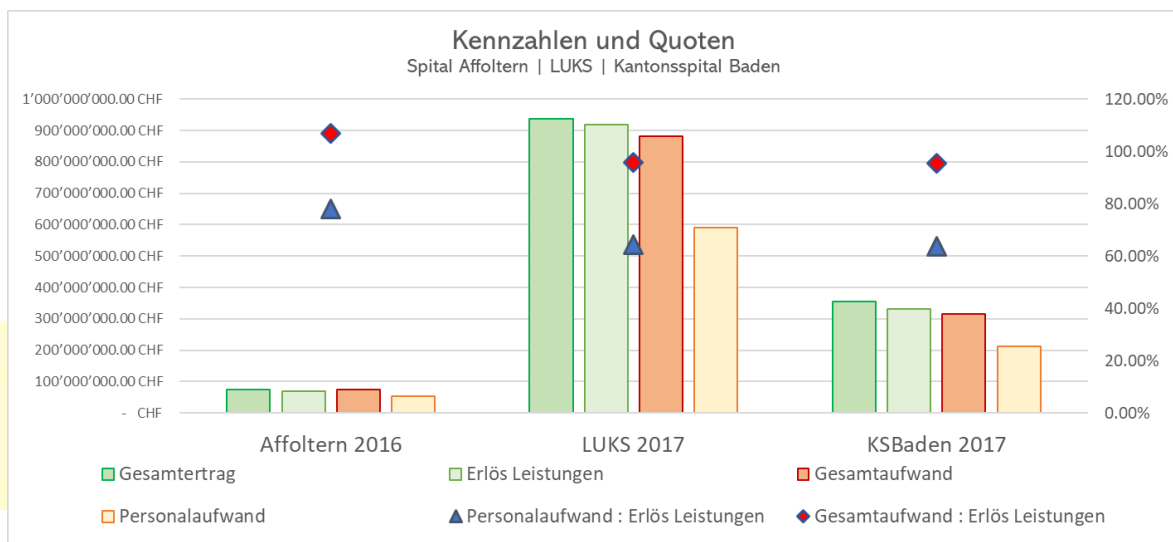


Abbildung 36: Kennzahlen und Quoten im Vergleich

**Grosse Unterschiede**

Wie zu erwarten bestehen grosse Unterschiede in den grundlegenden Kennzahlen: Während sich das Spital Affoltern deutlich unterhalb der 100 Millionengrenze befindet, geht das LUKS an die Milliardengrenze. Die zweite Unterscheidung liegt im Personalaufwand: Bereits bei den Säulen wird deutlich, dass sich der Personalaufwand im Spital Affoltern auf ähnlicher Höhe befindet wie der Erlös der Leistungen. In den beiden Referenzspitälern ist die nicht der Fall.

**Quoten**

Der wichtigste Unterschied zwischen dem Spital Affoltern und den Referenzspitälern liegt in der Quote Gesamtaufwand zum Erlös Leistungen: Diese Quote schwankt in den vergangenen Jahren immer etwas, liegt aber immer über 100 Prozent (im Jahr 2016 bei 107%). Bei den Referenzspitälern liegt diese Quote leicht unter 100 Prozent. Eine Quote über 100 Prozent führt dazu, dass ein Betrieb nicht rentabel ist.

Die zweite wichtige Grösse ist die Quote Personalaufwand zu Erlös aus Leistungen: Hier arbeitet das Spital Baden am besten mit einer

Quote von knapp 64 Prozent. Im Spital Affoltern liegt diese Quote bei 78 Prozent.

**Theoretische Umrechnung**

In der nachfolgenden Tabelle wird nur auf der Basis zweier Hypothesen eine theoretische Umrechnung gemacht.

- **Hypothese 1:** Die Kennzahlen der beiden Referenzspitäler zeigen, dass der Erlös Leistungen zu tief ist für die Personalkosten. Wie hoch müsste der Erlös sein, um die gleiche Quote Personalaufwand zu Leistung erreichen, wie das Spital Baden? → **S1: Personal stabil**
- **Hypothese 2:** Die Erträge lassen sich im Spital Affoltern nicht erhöhen. Wie gross dürfte der Personalaufwand maximal sein, um die gleiche Quote zu erreichen? → **S2: Ertrag stabil**

	Affoltern 2016	S1: Personal stabil	S2: Ertrag stabil
Gesamtertrag	73'946'594.00 CHF	89'303'792.76 CHF	73'946'594.00 CHF
Differenz		15'357'198.76 CHF	- CHF
Erlös Leistungen	68'961'000.00 CHF	84'318'198.76 CHF	68'961'000.00 CHF
stationär			
ambulant			
Gesamtaufwand	73'826'941.00 CHF	73'826'941.00 CHF	64'026'500.29 CHF
Differenz		- CHF	9'800'440.71 CHF
Personalaufwand	53'809'000.00 CHF	53'809'000.00 CHF	44'008'559.29 CHF
Quote Personalaufwand : Leistungen	↑ 78.03%	↓ 63.82%	↓ 63.82%
Quote Gesamtaufwand : Leistungen	↑ 107.06%	↓ 87.56%	↓ 92.84%
Quote Gesamtaufwand : Gesamtertrag	↑ 99.84%	↓ 82.67%	↓ 86.58%

Tabelle 2: Theoretische Kennzahlen SPITAL AFFOLTERN

**S1: Personal stabil**

Unter Hypothese 1 müsste das Spital Affoltern den Gesamtertrag um rund CHF 15 Mio. steigern. Dies entspricht einer Zunahme von 20.8 Prozent. Diese Ertragssteigerung ist über höhere Fallzahlen, bzw. mehr Pflgetage zu erreichen oder aber über einen höheren Case Mix. Das erste würde bedeuten, dass das Spital Affoltern deutlich mehr Patienten behandeln müsste. Das zweite bedeutet, dass das Leistungsangebot in eine höhere Spezialisierung gehen müsste. Dazu besteht aber kein Leistungsauftrag.

**S2: Ertrag stabil**

Da Hypothese 1 nur bedingt umsetzbar ist hat Hypothese 2 die grössere Bedeutung: Um bei gegebenem Gesamtertrag rentabel arbeiten zu können, müsste der Personalaufwand um knapp CHF 10 Mio. bzw. über 15 Prozent gesenkt werden. Dieses Ergebnis entspricht auch dem Kennzahlen-Vergleich des BAG, liegt das Spital Affoltern bei den Personalkosten deutlich über dem schweizerischen Median.

**Kommentar** Das Spital Affoltern kann auf der Basis der heutigen Fallzahlen und des dazugehörigen CaseMix kaum rentabel werden. Es ist anzunehmen, dass insbesondere der Personalaufwand deutlich zu hoch ist. Ob dies korrigiert werden kann, ist ohne detaillierte Analyse nicht beurteilbar.

#### 4.5 Leistungsangebot Spital Affoltern

**Hohe Spitaldichte im Kanton Zürich** Der Kanton Zürich hat eine sehr hohe Spitaldichte. In der nachfolgenden Abbildung wird deutlich, dass insbesondere in der Stadt sehr viele öffentliche und private Spitäler existieren. Ausserdem hat praktisch jeder Bezirk mindestens noch ein Spital.

**Geographische Anbindung** Die Dichte der Spitäler darf nicht darüber hinweg täuschen, dass durch den Albis eine gewisse (subjektive) Distanz zur Stadt besteht. Geographisch liegt das Kantonsspital Zug für den (südlichen) Bezirk Affoltern näher als die Stadtspitäler oder das Universitätsspital Zürich. Hier bestehen aber Grenzen in der Finanzierungshoheit, und nicht in der Leistungsdichte.

**Bedarf?** Ob das Spital Affoltern für die Versorgung notwendig ist, ist eine politische und gesellschaftliche Frage. Aus Sicht der Versorgungssicherheit bestehen genügend Angebote in der unmittelbaren Region. Betriebswirtschaftlich wird dies spürbar, da der notwendige CaseMix für das Spital aufgrund der Nähe zu grösseren Spitälern kaum aufgebaut werden kann. Für die Bevölkerung kann das Spital Affoltern mit seinem aktuellen Versorgungsauftrag durchaus Sicherheit geben und damit auch die Attraktivität der Region erhöhen.

**Übersicht Leistungsangebot** Das Spital Affoltern erbringt heute gemischte Leistungen. Einerseits werden die Leistungen der Grundversorgung erbracht, andererseits werden durch Belegärzte auch spezialisierte Leistungen angeboten.

**Leistungsauftrag** Das Spital Affoltern bezieht den Leistungsauftrag über die Zürcher Spitalliste. Dazu bewirbt sich das Spital, um für die verschiedenen Leistungsbereiche einen entsprechenden Auftrag zu erhalten. Im Anhang 10.1 findet sich die für das Jahr 2018 aktuelle Spitalliste. In der nachfolgenden Tabelle werden die Leistungsbereiche zusammengefasst.



Abbildung 37: Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2017<sup>5</sup>

**Basispaket**

Unter dem Begriff «Basispaket» ist folgendes zu verstehen: «Das Basispaket (BP) umfasst alle medizinischen und chirurgischen Leistungen, welche nicht zu den fachspezifischen Leistungsgruppen gehören. Das BP bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und ist für diese obligatorisch.» (Regierungsrat des Kantons Zürich, 2011)

<sup>5</sup> Quelle: (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2017)



**Regierungsrat des Kantons Zürich  
festgesetzt mit Beschluss vom 21. September 2011**

**Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen (Version 2016.1; gültig ab 1. Januar 2016)**

Leistungsbereiche	Leistungsgruppen		Affoltern	Basispaket	Facharzt Verfügbarkeit	Notfallstation	Intensivstation
	Kürzel	Bezeichnung					
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	1		1	1	1
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	1	BP	1	2	1
	DER2	Wundpatienten	1	BPE/BP			
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	1	BPE/BP	2		1
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie	1	BPE/BP	2		1
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	1	BPE/BP	2		1
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Osikuloplastik inkl. Stapesoperationen)	1	BPE/BP	2		1
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	befristet 2018	BPE/BP	2		1
Neurologie	KIE1	Kieferchirurgie	1	BPE/BP	2		1
	NEU1	Neurologie	1	BP	2	2	
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	1	BP	2	2	
Endokrinologie	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen	1	BP	2	2	2
	END1	Endokrinologie	1	BP	1	1	1
Gastroenterologie	GAE1	Gastroenterologie	1	BP	2	2	1
Viszeralchirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie	1	BP	2	2	1
Hämатologie	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	1	BP	1	1	1
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome	1	BP	1	1	1
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'	1	BPE/BP	2		1
Pneumologie	PNE1	Pneumologie	1	BP	1	1	1
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat	1	BPE/BP	2		1
	BEW2	Orthopädie	1	BPE/BP	2		1
	BEW3	Handchirurgie	1	BPE/BP	2		1
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	1	BPE/BP	2		1
	BEW5	Arthroskopie des Knies	1	BPE/BP	2		1
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität	1	BPE/BP	2		1
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität	1	BPE/BP	2		1
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie	1	BPE/BP	2		1
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie	1	BPE/BP	1		1
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie	1	BPE/BP	2		1
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma	befristet 2018	BPE/BP	2		1
Geburtshilfe	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)	1	BP	4	4	1
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)	1	BP	2		
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie	1	BP	2	2	1
Querschnittsbereiche	KINB	Basis-Kinderchirurgie	1	BPE/BP	2	2	1
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum	1		1		1
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum	1		1		

Tabelle 3: Zusammenfassung Leistungsbereiche Spital Affoltern

**Kommentar**

Das Spital Affoltern verfügt mit dem Leistungsauftrag über ein Leistungsportfolio der Grundversorgung. Als besondere Leistungsbereiche sind die Akutgeriatrie und das Kompetenzzentrum Palliative Care für die Marktposition des Spitals von grosser Bedeutung. Um diese beiden Bereiche anbieten zu können, braucht es ein solides fachärztliches Fundament im Basispaket, da sonst die Vorhalteleistungen zu gross wären. Als Spital der Grundversorgung verfügt das Spital Affoltern ausserdem über eine Notfallstation und eine Intensivstation. Insbesondere die Notfallstation ist für die Versorgungssicherheit in der Region und für die Entlastung der niedergelassenen Ärzte von grosser Bedeutung.

## 4.6 Strategische Implikationen spital-stationäre Versorgung

**Grundversorgung** Der Begriff Grundversorgung ist nicht eindeutig geklärt. Insbesondere die graduellen Grenzen innerhalb einer Leistungsgruppe sind sehr variabel. Es kann davon ausgegangen werden, dass der grosse Anteil der Grundversorgung durch das Spital Affoltern abgedeckt werden kann.

**Bedarf** Für die Versorgungssicherheit besteht grundsätzlich kein Bedarf. Allerdings hat eine Schliessung des Spitals Affoltern einige Herausforderungen für die Region mit sich, die bewältigt werden müssen: Notfallversorgung und Rettungsdienst, Angebote der Akutgeriatrie, Angebote der Geburtshilfe und die grundsätzliche Umgang mit ausserkantonalen Hospitalisationen (Kanton Zug).

**Strategische Aussage**  
Versorgungssicherheit Die Versorgungssicherheit ist bei einer Schliessung des Spitals Affoltern nicht gefährdet. Eine Schliessung belastet aber die ambulante Versorgung und führt zu einigen Versorgungslücken, die strategisch und operativ geklärt werden müssen.

**Produktivität vs. Ertrag** Die Produktivität des medizinischen Fachpersonals ist hoch (im Vergleich mit anderen Kantonsspitalern). Im Gegensatz dazu ist der Ertrag aus medizinischen Leistungen tief. Dies ist auf einen tieferen CaseMix zurückzuführen.

**Strategische Aussage**  
Rentabilität kaum möglich Das Spital ist trotz hoher Produktivität in den behandelnden Berufsgruppen kaum rentabel. Dies liegt einerseits an den (zu) tiefen Erträgen auf der Basis des tiefen CaseMix, andererseits sind die Verwaltungskosten und Betriebskosten zu hoch für den Ertrag, der erwirtschaftet werden kann.

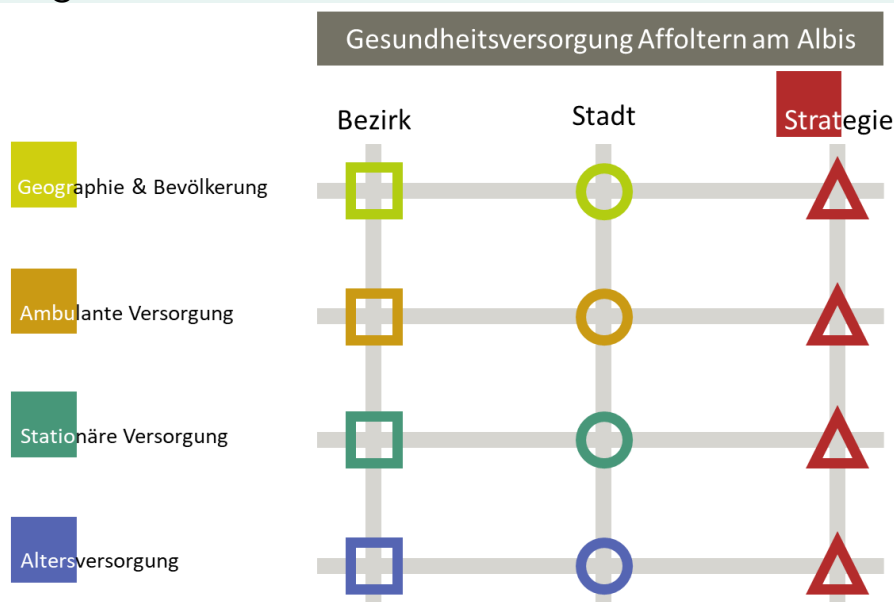
**Politische Entscheidungen** Die Weiterführung des Spitals Affoltern ist aktuell keine versorgungstechnische oder betriebswirtschaftliche Frage, sondern eine politische. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Trärgemeinden entscheiden. Es ist davon auszugehen, dass sich eine negative Entscheidung sehr rasch auf die Weiterführung des Spitals auswirken kann.

**Strategische Aussage**  
Eine Entscheidung hat kurzfristige Auswirkungen Eine negative Entscheidung der Trärgemeinden wird sehr kurzfristige Auswirkungen nach sich ziehen. Es ist damit zu rechnen, dass die Planfrist von 2 Jahren für eine Schliessung nicht eingehalten werden kann. Dies aufgrund personeller (Abwanderung von Fachärzten) und gesellschaftlicher (Verlagerung der Patientenströme) Reaktionen.



## 5 Altersversorgung Bezirk und Stadt Affoltern

Übersicht



### 5.1 Altersversorgung Bezirk Affoltern

Fragestellung



Die vorliegende Analyse soll eine quantitative Prognose zum zukünftigen Bedarf in der stationären sowie ambulanten Langzeitpflege Bezirk Affoltern abgeben. Insbesondere sollen die Auswirkungen von veränderten Präferenzen, politischen Vorgaben und von alternativen Angeboten auf die beiden Bereiche beschrieben werden.

#### 5.1.1 Aufbau

Zweistufiger Aufbau

Aufgrund der Tatsache, dass sehr viele Prognosemodelle bestehen und immer wieder diskutiert wird, ob es denn so kommen wird oder eben nicht, werden die Ausführungen in zwei Schritten gemacht: (1) Vergleich der Prognosemodelle und (2) Auswirkungen auf die Altersversorgung.

Prognosemodelle

In einem ersten Teil soll das Prognosemodell von CuraData<sup>6</sup> an Hand eines Vergleichs mit der neusten Obsan-Prognose (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN, 2018) im Fall der stationären Langzeitpflege diskutiert werden. Insbesondere welche Annahmen jeweils zugrunde liegen und welche Auswirkungen diese auf die Prognose haben.

<sup>6</sup> Webbasiertes Analyseinstrument. Siehe auch [www.curadata.ch](http://www.curadata.ch)



In einem zweiten Teil werden die Ergebnisse zum stationären Pflegebedarf von CuraData vorgestellt und mit jenen des Obsan verglichen. Dies geschieht jeweils für zwei verschiedene Versorgungszenarien für den Bezirk Affoltern. Zum einen ist dies die statische Fortschreibung der aktuellen Inanspruchnahme der Pflegeangebote „statisch“, zum andern sollen die Prognosen anhand des OBSAN Szenario "1c/2c (Shift ambulant 10%/50%)" - welches von der Gesundheit Direktion des Kanton Zürich als „realistisch“ eingeschätzt wird **Es ist eine ungültige Quelle angegeben.** - verglichen werden. Die Szenarien werden im Anschluss genauer spezifiziert.

**Grundlagen**

Grundlage bildet das Planungsinstrument CuraData. Die Prognosen basieren auf verschiedenen Einflussgrössen. Im Wesentlichen umfassen diese: die zukünftige Bevölkerung, die Prävalenz der stationären Pflege, die Pflegeintensität der Pflegeheimbewohner sowie die Verteilung zwischen ambulanter und stationärer Pflege.

**Beschränkung**



Dieser Bericht beschränkt sich auf die Altersversorgung von über 65-Jährigen. Personen unter 65 Jahre sowie Personen mit einem Kurzaufenthalt wie beispielsweise im Rahmen der Akut- und Übergangspflege sind nicht enthalten. Diese Personen belegen heute gemäss der Gesundheit Direktion im Kanton Zürich rund 12 Prozent der stationären Pflegeplätze. Die Gesundheitsdirektion hat aus diesem Grunde die Obsan Prognosen um 12 Prozent nach oben korrigiert **Es ist eine ungültige Quelle angegeben..**

**Hypothesen**

Es werden einzelne Hypothesen gemacht.

Hypothesen von Obsan sind blau eingefärbt.

Hypothesen von CuraData sind rot eingefärbt.

**Daten und Quellen**

Die Daten und Quellen der beiden Analysen sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Daten	Quellen
<b>Obsan</b>	
Bevölkerung nach Bezirk, Alter, Geschlecht, 2013–2035	Regionalisierte Bevölkerungsprognosen für den Kanton Zürich, 2013-2040; Szenario «Trend ZHz» (Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2014)
Anteil pflegebedürftiger Personen in Privathaushalten nach Alter und Geschlecht, Deutschschweiz und Westschweiz (Schätzung)	Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007 und 2012 (Bundesamt für Statistik, 2007/2012)
Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen im Kanton Zürich / mit Herkunft Kanton Zürich, 2016	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2016 (Bundesamt für Statistik , 2017)

Anzahl Spitex-Klientinnen und Klienten von Institutionen aus dem Kanton Zürich, 2016	Spitex-Statistik 2016 (Bundesamt für Statistik, 2017)
<b>CuraData</b>	
Bevölkerung nach Gemeinde, fünfjahres- Altersklassen, 2010-2016 Bevölkerungsprognose nach Kanton und 5-jahres-Altersklassen	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte STATPOP (Bundesamt für Statistik, 2017) Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2015-2045 (Bundesamt für Statistik, 2016)
Anteil der in den Langzeitinstitutionen lebende Personen an der Gesamtbevölkerung (APH-Quote) nach fünfjahres-Altersklassen	Kenndaten 2016 Langzeit (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2017)
Verrechnete KLV-Stunden von Spitexorganisationen im Kanton Zürich, 2016	Spitex-Statistik 2016 (Bundesamt für Statistik, 2017)
Einteilung Pflegestufe Haus zum Seewadel	Organisationsanalyse (Knoth, 2018)

Tabelle 4: Quellen der beiden Prognosemodellen

### 5.1.2 Methodik Obsan

#### Bevölkerungsprognose CuraData

Ausgangspunkt sind jeweils die Bevölkerungsprognosen der über 65-jährigen nach 5-Jahres-Altersklassen. CuraData stützt sich auf das Referenzszenario AR-00-2015 für den Kanton Zürich (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016) und skaliert es anhand der aktuellen Altersstruktur des Bezirk Affoltern (Bundesamt für Statistik, 2017).

#### Bevölkerungsprognose Obsan

Obsan verwendet etwas ältere, dafür kleinräumigere Bevölkerungsprognosen (Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2014) und legt sich auf das Szenario «Trend ZHz» fest. Die Annahmen sind ähnlich dem Referenzszenario des Bundesamtes für Statistik.

#### Szenario Trend ZHz

Das **Szenario «Trend ZHz»** basiert auf den folgenden Hypothesen: Die in der Vergangenheit beobachteten Trends in wirtschaftlicher, demografischer und politischer Hinsicht werden fortgeführt. Es wird angenommen, dass in den nächsten Jahren keine grundlegenden Veränderungen stattfinden werden.

#### Obsan

Um die Anzahl pflegebedürftige Personen unabhängig vom Pflege-setting zu erhalten, berechnet das Obsan eine Pflegequote. Diese setzt die pflegebedürftigen Personen in Verhältnis zur gesamten Bevölkerung. Die Pflegequote wird für „mittel- bis schwer pflegebedürftigen“ sowie für „nicht/leicht pflegebedürftige“ Personen berechnet.

#### Leicht pflegebedürftig

Letztere umfassen Bewohner eines Alters- oder Pflegeheimes (APH) mit 40 Minuten oder weniger Pflegbedarf pro Tag sowie Personen in Privathaushalten, welche mindestens bei einer basalen

Aktivität leichte Schwierigkeiten angeben, aber keine starken Schwierigkeiten anführen<sup>7</sup>.

**Mittel bis schwer Pflegebedürftig**

Als „mittel bis schwer pflegebedürftige“ gelten Personen mit in einem Alters- oder Pflegeheim mit mehr als 40 Minuten Pflegbedarf pro Tag sowie Personen in Privathaushalten, welche mindestens bei einer basalen Aktivität starke Schwierigkeiten anführen. Die Pflegequoten unterscheiden sich je nach Altersklasse und Geschlecht und ergeben sich folgendermassen:

**Formel Pflegequote**

$$Pflegequote_{a,g} = \frac{(Bevölkerung_{a,g} - Bewohner APH_{a,g}) * Anteil Pflegebedürftige in PH + Pflegebedürftige in APH_{a,g}}{Bevölkerung_{a,g}}$$

Wobei *a* = Altersklasse (65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90+ Jahre);  
*g* = Geschlecht

**Quotienten**

Die aus dieser Formel resultierenden Quotienten sind in der nachfolgenden Tabelle (Daten 2012) abgebildet. Sehr deutlich sichtbar wird die Erhöhung der Pflegequote mit zunehmendem Alter: Während bei den 65-69-jährigen Männern nur gerade 0.7 Prozent Pflege benötigen, sind es bei den über 90-jährigen Männern knapp 30 Prozent.

Tabelle 5: Pflegequote für „mittel bis schwer pflegebedürftigen“<sup>8</sup>

Alter	Männer	Frauen
<b>65-69</b>	0.70	1.28
<b>70-74</b>	2.73	2.59
<b>75-79</b>	5.80	5.36
<b>80-84</b>	6.86	12.93
<b>85-89</b>	11.42	25.05
<b>90+</b>	29.82	51.25

**3 Szenarien, ein Referenzszenario**

Obsan bietet drei mögliche epidemiologische Szenarien zur Auswahl. Diese enthalten Annahmen darüber, wie sich die Zunahme der Lebenserwartung auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit auswirkt. Berücksichtigt wird von Obsan in diesem, aber auch in allen anderen Berichten zur Pflegeheimplanung das Referenzszenario.

<sup>7</sup> ausführliche Beschreibung: (Bayer-Oglesby & Höpflinger, 2010)

<sup>8</sup> Quelle: (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbunn, 2011)

Referenz-Szenario I

**Szenario I (Referenz) mit relativer Kompression der Pflegebedürftigkeit:** Ab 2015 wird eine Verschiebung des Eintritts der Pflegebedürftigkeit erwartet. Die Verschiebung entspricht der Zunahme der (demografisch prognostizierten) Lebenserwartung. Das Szenario I geht somit davon aus, dass die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt später im Leben eintritt, die Dauer der Pflegebedürftigkeit jedoch gleichbleibt. Die gewonnenen Lebensjahre wären somit ausschliesslich gesunde Lebensjahre.

Von der Pflegequote zur Zahl der Pflegebedürftigen

Aus der Pflegequote multipliziert mit der Bevölkerung der entsprechenden Gruppe, lässt die die Anzahl Pflegebedürftige ermitteln. In Formeln ausgedrückt:

Formel Pflegebedürftige

$$\text{Anzahl Pflegebedürftige}_{t,a,g} = \text{Bevölkerung}_{t,a,g} * \text{Pflegequote}_{2012,a-z,g}$$

Wobei  $g = \text{Geschlecht}$ ;  $t = \text{Prognosejahr}$ ,  $a = \text{Alterklasse}$ ,  
 $z = \text{Zuwachs an Lebenserwartung gegenüber 2013}$ ,

Stationärer Pflegebedarf

Die Quote stationär drückt aus, welcher Anteil der Pflegebedürftigen in einem APH gepflegt wird. Sie wurde vom Obsan wiederum für „mittel- bis schwer pflegebedürftigen“ sowie für „nicht/leicht pflegebedürftige“ Personen berechnet. Sie ist ein Abbild der aktuellen Struktur der Altersversorgung. Obwohl sich diese geographisch stark unterscheidet, wurde sie aufgrund der tiefen Fallzahlen für den ganzen Kanton Zürich berechnet.

Formel Quote stationär

$$\text{Quote stationär}_{a,g} = \frac{\text{Pflegebedürftige APH}_{a,g}}{\text{Bevölkerung}_{a,g}}$$

Wobei  $g = \text{Geschlecht}$ ;  $a = \text{Alterklasse}$

Szenarien stationäre Versorgung

Die Quote wurde für das Basisjahr 2013 berechnet. Um mögliche zukünftige Änderungen in der Struktur der Altersversorgung in den Szenarien abzubilden, werden verschiedenen Hypothesen zur Quote stationär getroffen.

Szenario statisch

Das erste Szenario „statisch“ (konservativ) geht davon aus, dass die Versorgungsstrukturen sich trotz alternativer Angebote nicht verändern werden.

Variante 1/2a (konservativ) – der Anteil der mittel- bis schwer Pflegebedürftigen (Stufen 3-12/Stufen 0-2), die im Kanton Zürich und seinen Bezirken stationär betreut werden, entspricht demjenigen im Jahr 2013 im Kanton Zürich („konstante Quote stationär“).

**Szenario Shift** Alternativ bietet Obsan das Szenario „Shift ambulant 10%/50%“ an. Dies soll den allgemeinen Trend „ambulant vor stationär“ Rechnung tragen. Für die höheren Pflegestufen heisst das:

**Shift höhere Pflege-  
gestufen (3-12)** Variante 1c (ZH-shift-10%-ambulant) – der Anteil der mittel- bis schwer Pflegebedürftigen (Stufen 3-12), die im Kanton Zürich und seinen Bezirken stationär betreut werden, wird bis zum Jahr 2035 um 10% tiefer liegen als der Anteil im Jahr 2013 im Kanton Zürich («Quote shift-ambulant 10%»).

und für die tiefen Pflegestufen

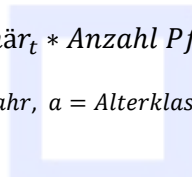
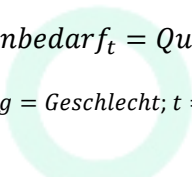
**Shift tiefe Pflege-  
stufen  
(0-2)** Variante 2c (ZH-shift-50%-ambulant) – der Anteil der nicht bis leicht Pflegebedürftigen (Stufen 0- 2), die im Kanton Zürich und seinen Bezirken stationär betreut werden, wird bis zum Jahr 2035 um 50% tiefer liegen als der Anteil im Jahr 2013 im Kanton Zürich («Quote shift-ambulant 50%»).

**Bettenbedarf** Um den Bettenbedarf pro Prognosejahr zu ermitteln erfolgt die Quote stationär auf die Anzahl Pflegebedürftige angewendet.



$$\text{Bettenbedarf}_t = \text{Quote stationär}_t * \text{Anzahl Pflegebedürftige}_{t,a,g}$$

Wobei  $g = \text{Geschlecht}$ ;  $t = \text{Prognosejahr}$ ,  $a = \text{Alterklasse}$



### 5.1.3 Methodik CuraData

**CuraData** CuraData stützt sich auch auf das aktuelle Verhältnis der Anzahl APH-Bewohner zur Bevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe. Diese wird jährlich im Rahmen der Kenndaten Langzeit (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2017) angepasst. Damit wird keine Annahme darüber benötigt, wie viele Personen pflegebedürftig sind. Die Quote ist über alle Szenarien hinweg konstant. Die Korrektur erfolgt über folgende Formel:

**Formel Quote stationär**

$$\text{APH\_Quote}_a = \frac{\text{Bewohner APH}_a}{\text{Bevölkerung}_a}$$

Wobei  $a = \text{Alterklasse}$

**Tiefere Differenzierung** CuraData macht keine geschlechtsspezifischen Quoten. Dies deshalb, weil angenommen wird, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede kleiner werden aufgrund einer Annäherung der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen.

**Quote CuraData** Die Quoten für die stationäre Pflege werden bei CuraData auf der Basis von zwei Hypothesen formuliert: Hypothese statisch und Hypothese dynamisch.

**Hypothese Statisch** CuraData geht bei der statischen Hypothese davon aus, dass sich die Pflegeheimquote nicht verändert, trotz neuer Angebote. Diese Hypothese hat vor allem in ländlichen Gebieten mit einer tiefen Grundversorgung und dem höheren Risiko einer sozialen Isolation weiterhin ihre Gültigkeit.

**Hypothese dynamisch** Die kantonale Heimrate wird sich in Abhängigkeit der Alterskohorte verschieben. Je jünger eine Person, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Eintritt in ein Pflegeheim später oder gar nicht erfolgt. Die Angebote wie Spitex, Wohnen mit Service und andere Dienstleistungen werden vermehrt genutzt.

**Quoten** Die aus diesen beiden Hypothesen resultierenden Quoten sind in der nachfolgenden Tabelle abgebildet. Sehr deutlich wird die starke Kompression bei den dynamischen Quoten in den jüngeren Alterskohorten und die zunehmende Annäherung an die statische Quote bei den Altersgruppen 90+.

Tabelle 6: Quote statisch und dynamisch CuraData

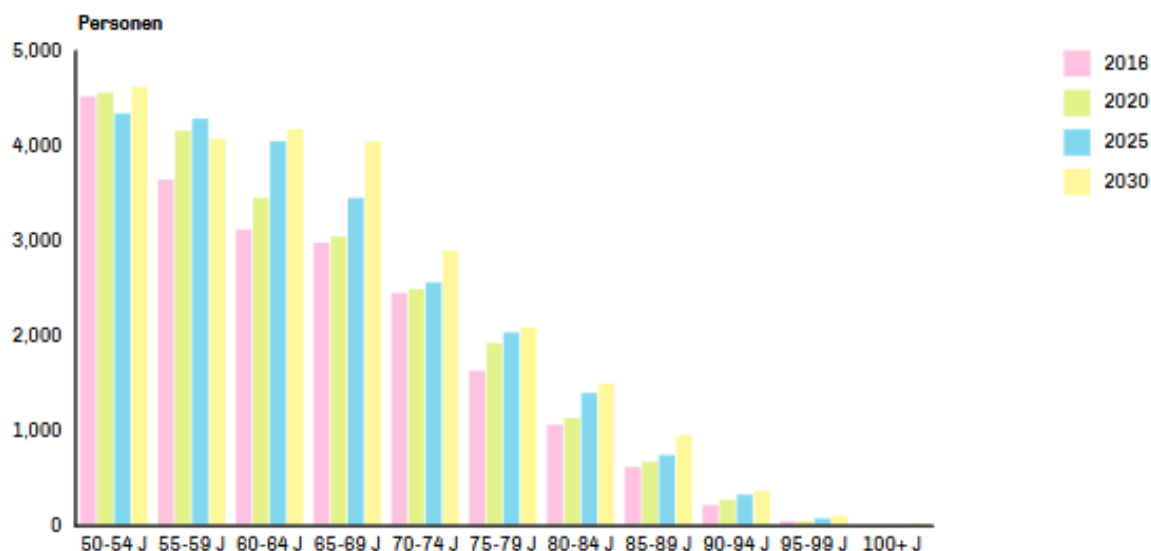
Alterskohorte	Quote statisch	Quote dynamisch
65-69	0.8%	0.4%
70-74	1.5%	0.75%
75-79	3.2%	1.9%
80-84	8.9%	6.2%
85-89	21.1%	16.9%
90-94	42.9%	38.6%
95+	49.8%	49.8

## 5.2 Altersentwicklung Bezirk Affoltern

**Altersentwicklung** Die Altersentwicklung wurde bereits oben abgebildet. Hier werden auf der Basis der methodischen Ausführungen die Grundlagen noch etwas weiter differenziert.

**Unterschiedliche Entwicklungen** Die einzelnen Alterskohorten entwickeln sich in den nächsten 14 Jahre unterschiedlich. In der nachfolgenden Abbildung werden zusätzlich die Altersgruppen 50-64 abgebildet, um die weiteren Entwicklungen besser einschätzen zu können.

Visualisierung Bevölkerungprognose



Visualisierung: © CuraData AG | Datengrundlage: Bundesamt für Statistik: Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOPI, 2018)

Abbildung 38: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (CuraData)

Tabelle 7: Bevölkerungsprognose nach Kohorten

Bezirk Affoltern Prognose 65+	2020	2025	2030	Zuwachs 2020-2030
Obsan 65-79	7'714	8'347	9'293	120%
Obsan 80+	2'403	3'274	4'187	174%
CuraData 65-79	7'454	8'015	9'023	121%
CuraData 80+	2'111	2'527	2'901	137%



Die Prognosen zwischen CuraData und Obsan unterscheiden sich in erster Linie bei der Alterskohorte 80+. Die Datenbasis von CuraData ist die Bevölkerungsentwicklung des Bundesamtes für Statistik, Obsan basiert auf den Daten des Statistischen Amtes des Kantons Zürich.

Starke Zunahme 80+

Bei beiden Berechnungen wird deutlich, dass der Anteil der über 65-jährigen deutlich zunimmt. Insbesondere wird aber die Altersgruppe der über 80-jährigen wachsen. Auf der Basis der Pflegequote ist es genau diese Gruppe, die für die Versorgung von grosser Bedeutung ist.

### 5.3 Schätzung Bettenbedarf Bezirk Affoltern

Stationäre Pflegeplätze

Die Prognose von Obsan sowie jene von CuraData beziehen sich auf Langzeitpflegeplätze für über 65-Jährige. Die Gesundheitsdirektion geht davon aus, dass für Personen unter 65 Jahren und für Kurzeitaufenthalte (z.B. Akut- und Übergangspflege) die Prognose zusätzlich um 12 % erhöht werden sollte. Auf diese Korrektur wird in diesem Bericht verzichtet.



Migration

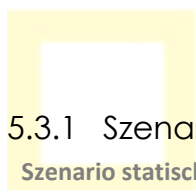
Die Herkunft der Bewohner deckt sich nicht immer mit dem Standort des Pflegeheimes. Die Prognosen geben den zukünftigen Bedarf für Personen mit der Herkunft Bezirk Affoltern an. Die Bettenzahl gemäss der Pflegeheimliste bezieht sich auf den Standort des Pflegeheimes. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wird zum bestehenden Bettenangebot das Migrationssaldo der Pflegeheim-Bewohner addiert resp. subtrahiert. Bei einer Netto-Auswanderung von Pflegeheim-Bewohner, werden diese Plätze als zusätzliches externe Angebot betrachtet.

Tabelle 8: stationäre Langzeitpflege 2016

Herkunft Bewohner	Platzierung Bewohner: Standort Pflegeheim			Total
	Bezirk Affoltern	Anderer Bezirk ZH	Ausserkantonal	
Bezirk Affoltern	243	59	22	<b>324</b>
Anderer Bezirk ZH	46			
Ausserkantonal	8			
<b>Total</b>	<b>297</b>			

Stand 2016

Im Jahr 2016 befanden sich gemäss dem Obsan 297 Bewohner in einem Pflegeheim im Bezirk Affoltern. In der gesamten Schweiz gab es 324 Bewohner aus dem Bezirk Affoltern. Die Netto-Migration beträgt damit 27 Personen bzw. 8.3 Prozent aller Bewohner mit Herkunft Bezirk Affoltern.



5.3.1 Szenario „statisch“

Szenario statisch

Das Szenario «statisch» geht davon aus, dass sich die aktuelle Inanspruchnahme der stationären Pflegangebote nicht verändert. Pflegebetten werden zukünftig mit derselben Häufigkeit beansprucht. Ein Strukturwandel in der Angebotsnutzung bleibt aus.

Keine Reduktion

Für die CuraData Prognose heisst das, es wird in keiner Pflegestufe eine Reduktion von APH Bewohner geben. Im Modell des Obsan entspricht das einer „konstanten Quote stationär“ bei allen Pflegestufen.

Tabelle 9: Vergleich statische Bedarfsprognose Pflegeplätze

	Angebot 2018	2020	2025	2030
<i>Obsan 2018</i>	340	331	403	477
<i>Obsan 2016</i>	340	491	630	779
<i>CuraData</i>	340	505	585	684

Unterschiede Obsan und CuraData

Vergleicht man die Obsan Berechnungen «konstant» mit den CuraData Berechnungen «statisch» wird deutlich, dass CuraData genau zwischen der älteren und neueren Obsan Berechnung liegt. Die



neue Hochrechnung von Obsan 2018 liegt für das Jahr 2030 unterhalb der CuraData Berechnung, auch wenn die Schätzung der Bevölkerungsentwicklung über derjenigen von CuraData liegt.

Erwartete Zunahme

Der Schätzwert von Obsan 2020 scheint allerdings wenig plausibel, da bereits heute 324 Einwohnerinnen und Einwohner aus dem Bezirk Affoltern in einer stationären Pflegeeinrichtung sind. Es ist zu erwarten, dass diese Zahl in den nächsten zweieinhalb Jahren um mindestens 15 Prozent steigt (372 stationäre Bewohner). Dies deshalb, weil die Zahl der über 80-jährigen Personen in diesem Zeitraum ebenfalls um 15 Prozent zunimmt.

Abweichungen sind normal

Solche Abweichungen sind normal und werden in der Regel größer, je weiter in die Zukunft geschaut wird. Für den Aufbau der Strategie ist es wichtig, sich an den Richtwerten zu orientieren.

### 5.3.2 Szenario „Shift ambulant 10%/50%“

Szenario Shift

Das Szenario «Shift ambulant 10%/50%» geht davon aus, dass der Anteil der mittel- bis schwer Pflegebedürftigen um 10 Prozent, der Anteil der leicht Pflegebedürftigen gar um 50 Prozent gesenkt werden kann.



Ambulante Versorgung

Der Fokus dieses Szenarios liegt einerseits auf einer deutlichen Stärkung der ambulanten Pflege, andererseits auf der Ausweitung ambulanter Dienstleistungen, Betreuungsleistungen und neuer Wohnformen.

Hochrechnung

Die Hochrechnung der stationären Versorgung ergibt Schätzungen, die in der nachfolgenden Tabelle abgebildet sind.

Tabelle 10: Vergleich «Shift» Bedarfsprognose Pflegeplätze

	Angebot 2018	2020	2025	2030
<i>Obsan 2018</i>	340	315	347	412
<i>Obsan 2016</i>	340	405	497	598
<i>CuraData</i>	340	387	449	525

Unterschiede kleiner

Die Unterschiede in den verschiedenen Berechnungen sind deutlich kleiner als in der statischen/konstanten Berechnung. Die Ergebnisse sind für das Jahr 2020 durchaus plausibel (ausser die neue Obsan 2018 Hochrechnung, die immer noch sehr tief erscheint).

Kontextfaktoren im Modell Shift

Ob und wie das Modell „Shift“ in die Realität überführt werden kann, hängt von einigen Kontextfaktoren ab:

- Steigerung der Spitexleistungen qualitativ und quantitativ
- Entwicklung und Akzeptanz altersgerechter Dienstleistungen

- Aufbau von neuen Wohnformen
- Finanzierung und EL-Tauglichkeit von neuen ambulanten Versorgungsformen

#### Spitex

Der Aufbau der Spitexleistungen wird im nächsten Kapitel quantifiziert. Jeder Pflegeplatz, der ambulant betreut werden soll, wird die Zahl der Spitexstunden deutlich erhöhen. Ausserdem werden ergänzende Leistungen notwendig wie Nachteinsätze der Spitex, Betreuungsleistungen, Entlastungsdienste für Angehörige.

Ob und inwieweit diese Entwicklungen von den Spitexorganisationen antizipiert bzw. von den Gemeinden in den Leistungsvereinbarungen eingefordert werden, bleibt abzuwarten.

#### Dienstleistungen

Dienstleistungen ergänzen das Betreuungs- und Pflegeangebot und machen einen längeren Verbleib zu Hause erst möglich. Dazu gehören neben den heute verbreiteten Fahr- und Mahlzeitendiensten insbesondere Leistungen, die mit der sozialen Partizipation zusammenhängen wie Besuchsdienste, Begleitungen oder administrative Unterstützung. Auch wenn all diese Dienste heute bereits bestehen, sind sie oft fragmentiert, teuer oder den Betroffenen nicht bekannt.

#### Wohnformen

Altersresidenzen, betreute Wohnformen und altersgerechte Wohnungen entstehen an vielen Orten. Oft sind sie aber zu teuer (und damit nicht EL-tauglich) oder in ihrer Kapazität begrenzt. Die Herausforderung wird darin bestehen, in bestehenden Wohnformen neue Angebote zu implementieren, die einen Verbleib zu Hause möglich machen und gleichzeitig bezahlbar sind.

#### Finanzierung

Die Finanzierung der Entwicklungen lässt sich in zwei Bereiche aufteilen: Finanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung (Spitex) und selbstfinanzierte Leistungen. Die Steigerung der Spitexleistungen wird das Budget der Gemeinde stark belasten. Hier geht es darum, die Produktionspreise deutlich zu reduzieren, um diese Finanzierung nachhaltig zu machen.

Selbstfinanzierte Leistungen können sich nicht alle leisten, hier müssen Preise gemacht werden können, die nachhaltig sind und trotzdem nicht subventioniert werden müssen.

#### EL-Tauglichkeit

Heute besteht ein Anreizsystem, das den (zu frühen) Eintritt in ein Pflegeheim fördert und nicht verhindert. Dieses System muss angepasst werden, dass der Verbleib in der bisherigen Wohnung unterstützt wird bzw. der Eintritt in ein Pflegeheim nach hinten verschoben wird.

### 5.3.3 Entwicklung Bettenbedarf Bezirk Affoltern

#### Entwicklung im Kontext

Die Hochrechnung der stationären Altersversorgung im Bezirk Affoltern kann nur im Kontext der anderen Strukturen betrachtet werden. Nachfolgend werden die Zusammenhänge und die Auswirkungen erläutert.

#### Instabilität

Die Bezirksstruktur wird aktuell im Kontext der politisch diskutierten Weiterentwicklung des Bezirksspitals instabil. Je nachdem, wie die Bezirksgemeinden sich entscheiden, wird das Spital weitergeführt, in einen neuen Zweck überführt oder stillgelegt. Es geht hier darum, die Auswirkungen der verschiedenen Entscheidungen zu antizipieren.

#### Varianten Pflegebetten

Die nachfolgenden Varianten widerspiegeln die verschiedenen Entscheidungsoptionen bei den Pflegebetten in den drei Organisationen Sonnenberg (Rigi und Pilatus), Senevita Obstgarten und Haus zum Seewadel.

#### Aufbau Grafiken



Die Grafiken sind immer gleich aufgebaut:

- Die hellblaue Linie zeigt den Bedarf an Pflegebetten im Bezirk Affoltern am Albis gemäss der Bedarfsprognose, die im Bezirk im Jahr 2015 erstellt wurde.
- Das orange eingefärbte Band ist die Bedarfsprognose für stationäre Pflegebetten. Diese Prognose ist durch Curanovis erstellt. Die Breite des Bandes repräsentiert die beiden Berechnungsgrundlagen: der obere Rand ist der Bedarf bei einer linearen Weiterführung der heutigen Praxis. Der untere Rand geht von einer höheren Leistung bei der Spitex und einem höheren Angebot an Alters- / Service-Wohnen aus.
- In den Säulen sind die Akteure der stationären Altersversorgung abgebildet.

#### Variante 1: Status quo

Die Variante 1 geht vom (theoretischen) Status quo aus. Dabei muss darauf hingewiesen werden, dass bereits heute nicht mehr alle Betten im Sonnenberg, Haus Rigi, in Betrieb sind. Der Status quo deckt den Bedarf des Bezirkes bis ca. 2022 ab, spätestens im Jahr 2025 werden Betten fehlen.

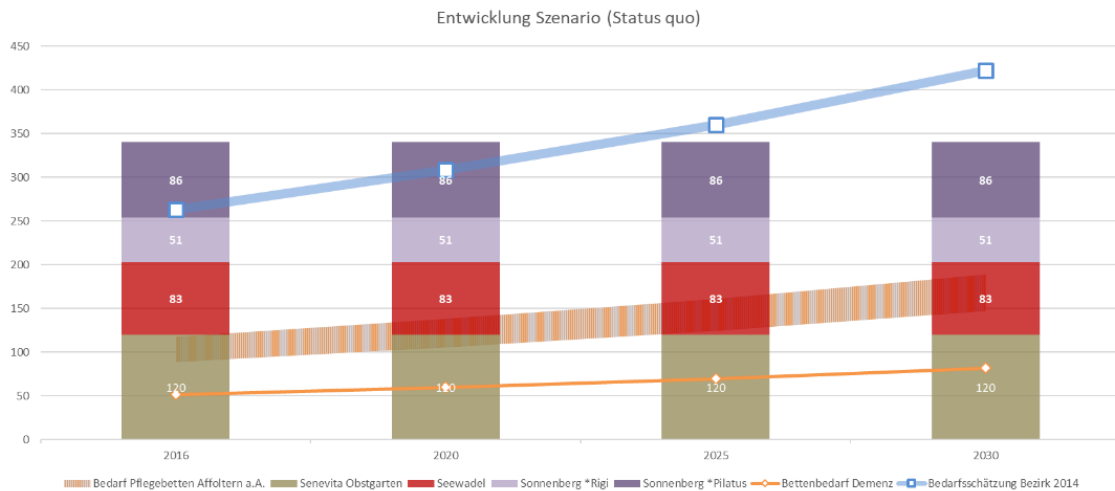
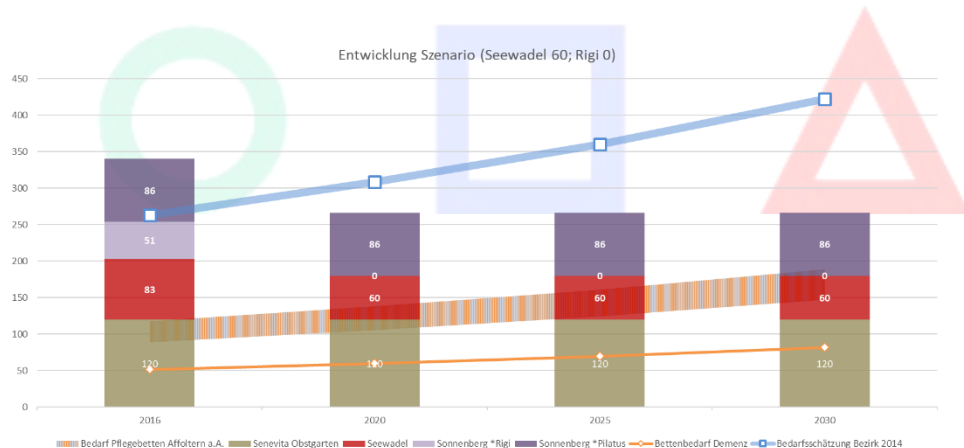


Abbildung 39: Variante 1: Status quo

**Variante 2:**

Die Variante 2 geht davon aus, dass das Haus Rigi, Sonnenberg, geschlossen wird und das Haus zum Seewadel auf 60 Betten verkleinert wird  
 In diesem Szenario kann der Bedarf des Bezirks zum Zeitpunkt der Schliessung nicht mehr abgedeckt werden. Dies bedeutet, dass die anderen Bezirksgemeinden eigene Strukturen aufbauen müssen.

Abbildung 40: Variante 2: Mixed



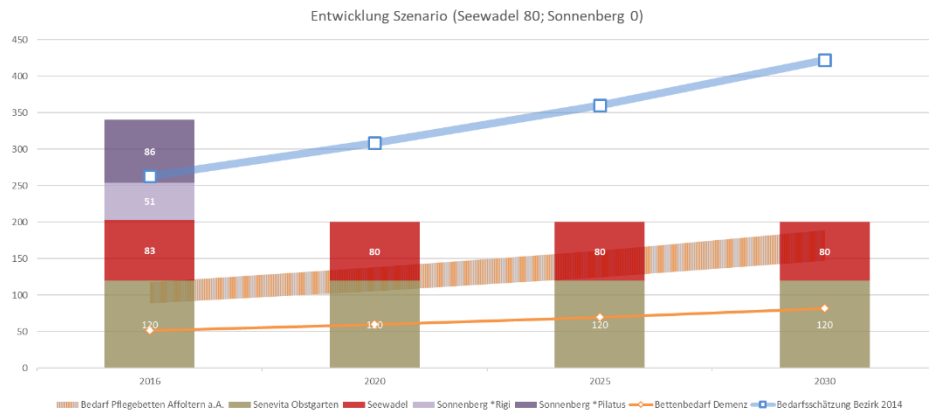
**Hinweis**

**Der Gemeinderat hat die definitive Bettenzahl im neuen Seewadel auf 80 festgelegt, damit ist dieses Szenario nicht mehr relevant.**

**Variante 3:**

Die Variante 3 geht davon aus, dass beide Gebäude (Rigi, Pilatus) der Langzeitpflege im Spital geschlossen werden. Auch dann kann der Bedarf des Bezirks zum Zeitpunkt der Schliessung nicht mehr abgedeckt werden. Dies bedeutet, dass die anderen Bezirksgemeinden eigene Strukturen aufbauen müssen. In dieser Variante ist die Differenz aber deutlich grösser als in Variante 2. Das Haus zum Seewadel wird in dieser Variante mit 80 Betten konzipiert.

Abbildung 41: Variante 3: Fokussiert



### 5.4 Schätzung ambulanter Pflegebedarf

**Ambulante Pflege  
Spitex**

Die Spitexleistung hängt direkt vom Verhalten der älteren Bevölkerung ab: gehen sie wie bis anhin in ein Pflegeheim (Modell statisch), dann werden die Leistungen linear steigen. Werden sie motiviert und unterstützt, länger zu Hause zu bleiben, ist die Entwicklung deutlich steiler.

**CuraData Hochrechnung**

Obsan macht keine Aussagen zu Spitexleistungen. Deshalb werden hier lediglich die Spitex-Leistungen gemäss CuraData abgebildet.

Tabelle 11: Bedarf ambulante Spitexstunden Bezirk Affoltern

	2015 <sup>9</sup>	2017 <sup>9</sup>	2020	2025	2030
statisch	45'572	58'084	70'062	80'302	89'790
„Shift ambulante 10%/50%“	45'572	58'084	76'238	87'457	98'155

**Deutliche Zunahme**

Die Zahl der Spitexstunden muss in den nächsten Jahren deutlich steigen. Bereits im statischen Modell wird eine Zunahme von 55% bis zum Jahr 2030 erwartet. Im Modell Shift liegt die Zunahme bei knapp 70%!

Dazu kommt der bereits beschriebene Leistungsausbau mit Angeboten über 24 Stunden und Betreuungsleistungen.

### 5.5 Herausforderung Demenz

**Prävalenz**

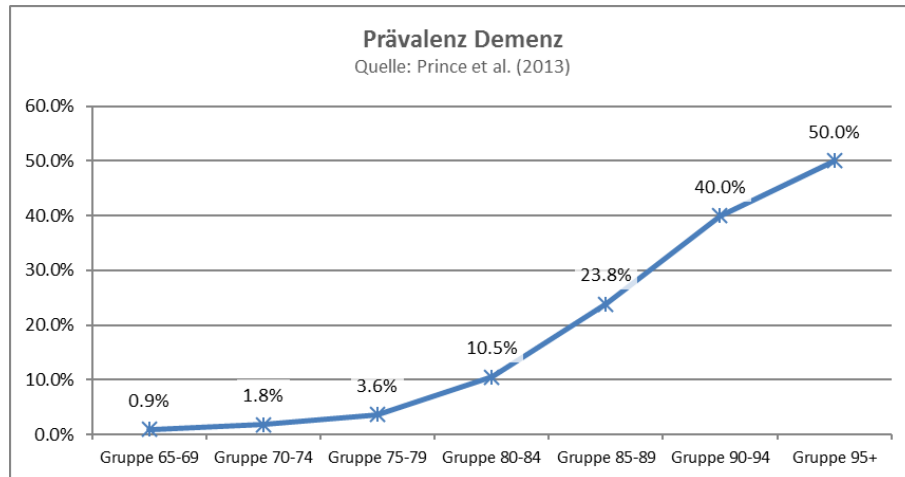
Die Prävalenz der Demenz ist stark von den Altersgruppen abhängig. Die meisten kantonalen Berechnungen (auch die von Alzheimer Schweiz) basieren auf der Prävalenzberechnung von (Prince, et al., 2013) (siehe Abbildung 42). Sie macht sehr präzise Umrechnungsangaben und hat sich bislang bewährt.

<sup>9</sup> Verrechnete Stunden gemäss Jahresbericht Spitex Knonaueramt 2017

Häufigkeit

Die Häufigkeit der Demenz ist ziemlich stabil, aber die Zahl der Menschen, die ein höheres Alter erreicht wächst. Das heisst, dass die Prävalenz zwar stabil bleibt, die Zahl der Demenzkranken aber durch die demographische Entwicklung deutlich zunimmt.

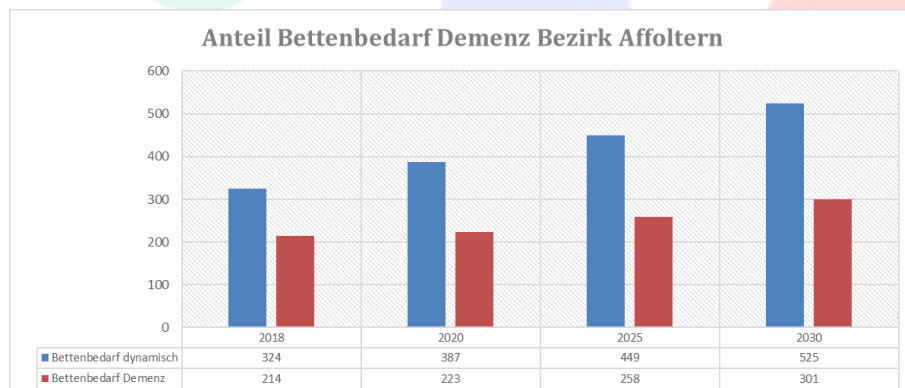
Abbildung 42: Prävalenz Demenz



Erwartete Demenz-Entwicklung

Für den Bezirk Affoltern bedeutet dies, dass der Bettenbedarf für Menschen mit dementiellen Erkrankungen ebenfalls deutlich zunimmt. In der nachfolgenden Abbildung wird der Bettenbedarf Demenz dem dynamischen Gesamtbedarf von CuraData gegenüber gestellt. Der prozentuale Anteil liegt bei knapp 60%!

Abbildung 43: Bettenbedarf Demenz Bezirk Affoltern



Drei Stufen in der Betreuung

Die Betreuung von dementiell erkrankten Menschen verläuft in der Regel über drei Stufen<sup>10</sup>:

1 «Kompensiert»

(1) «kompensierte» Stufe, Betreuungsstufe und Pflegestufe. In der ersten Stufe nehmen Orientierung zunehmend ab, eine weitgehende Alltagsbewältigung ist aber noch möglich. In dieser Stufe ist eine informelle Betreuung durch Familie, Freiwillige und Nachbarschaft, ergänzt mit Spitexleistungen möglich.

<sup>10</sup> Hinweis: es gibt viele verschiedene Modelle mit einer unterschiedlichen Stufenzahl. Das verwendete Modell ist abgeleitet auf einem Drei-Stufen Modell, aber weitgehend empirisch operationalisiert.

2 Weglaufge-  
fährdung

(2) Wenn Fremd- und Selbstgefährdung zunehmen aufgrund von Verlust der Orientierung, hohem Bewegungsdrang mit Weglaufge-  
fährdung, dann wird eine Betreuung in spezifischen Strukturen not-  
wendig. Insbesondere der hohe Bewegungsdrang führt dazu, dass  
informelle Pflege oft nicht mehr ausreicht bzw. zur Belastung wird.  
Es braucht Betreuung (oft nicht so viel Pflege!) über 24 Stunden.

3 Überlagerung  
durch Immobi-  
lität, Gebrech-  
lichkeit

(3) Bei einer Überlagerung der Demenz mit körperlicher Gebrech-  
lichkeit und insbesondere mit Immobilität gehen Bewegungsdrang  
und damit Weglaufgefährdung zurück. In dieser Stufe braucht es  
keine spezifische Ausrichtung auf Demenz, es braucht in erster Linie  
viel Pflege.

Verteilung

Die drei Stufen sind ungleich gross. Da die Stufe 1 in der Regel am  
längsten dauert, sind hier auch die grössten Mengen zu finden. Ge-  
mäss Alzheimervereinigung sind derzeit rund die Hälfte der dementi-  
ell erkrankten Menschen zu Hause betreut. Dies betrifft die erste  
Stufe und den Beginn der zweiten Stufe.

Etwa 40 Prozent der Betroffenen brauchen spezifische Betreuungs-  
strukturen (Stufe 2), 10 bis 15 Prozent sind so stark pflegebedürftig,  
dass eine Pflegestation der richtige Aufenthaltsort ist.

Demenz in der  
Grundversorgung

Die Häufigkeit von dementiellen Erkrankungen führt dazu, dass  
heute in jedem Pflegeheim zwischen 50 und 70 Prozent der Bewoh-  
ner in einem der Stadien von Demenz sind. Dieser Anteil wird noch  
zunehmen, wenn Bewohner noch später in eine stationäre Pflege-  
einrichtung gehen.

Dies bedeutet: die Betreuung und Pflege von Bewohnerinnen und  
Bewohnern mit Demenz gehört ist das Kompetenzportfolio von al-  
len Pflegeeinrichtungen.

## 5.6 Altersversorgung Stadt Affoltern

Berechnungen

Die Berechnungsgrundlagen werden analog dem Bezirk auch hier  
durchgeführt. Für die Ebene der Stadt macht Obsan keine differen-  
zierten Aussagen, aus diesem Grund werden hier lediglich CuraData  
Berechnungen einbezogen und gelegentlich Umrechnungen an-  
hand der Bevölkerungszahl eingefügt.

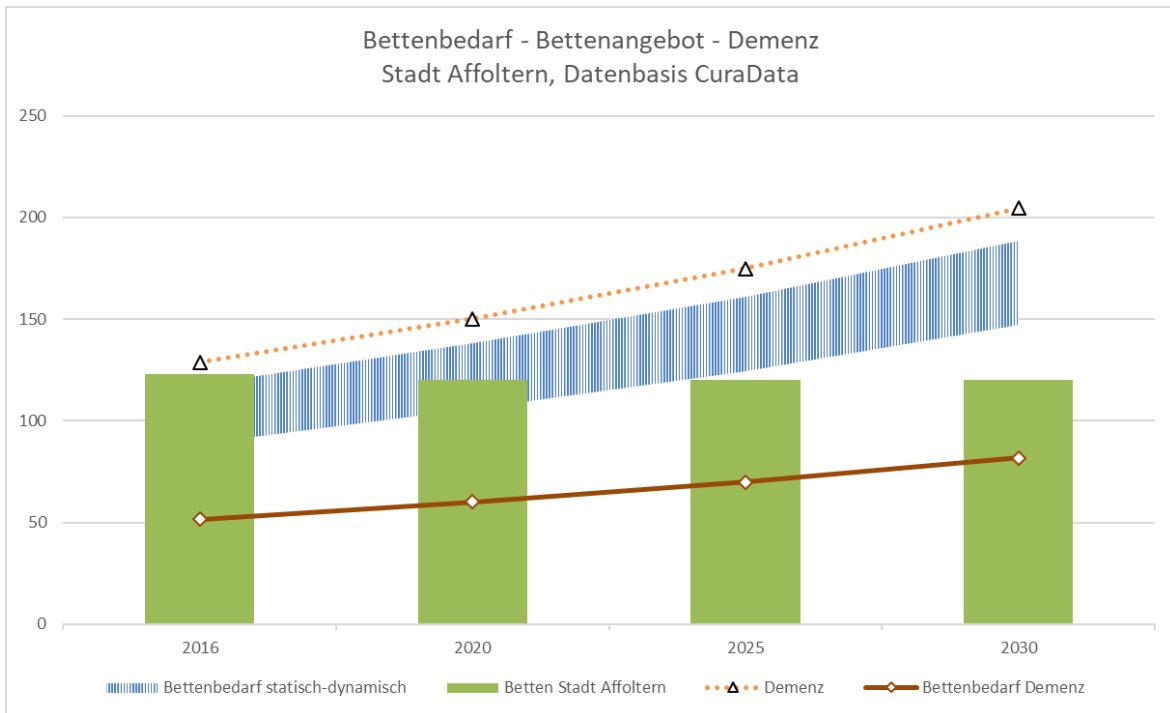


Abbildung 44: Bettenbedarf, Bettenangebot und Demenz Stadt Affoltern

**Bettenbestand**



Als Bettenbestand für die Stadt Affoltern werden hier für das Jahr 2016 123 Betten angegeben. Diese Zahl setzt sich zusammen aus 83 Betten im Haus zum Seewadel und 40 Betten in den anderen Organisationen. Diese Zahl ist heute nicht eindeutig zu schätzen, da es lediglich Erfahrungszahlen der Belegungen ausserhalb des Hauses zum Seewadel gibt, aber keine Leistungsvereinbarungen mit dem Haus Obstgarten von Senevita besteht.

**Bettenbedarf**

Die blau schraffierte Fläche zeigt den Bettenbedarf an. Die Fläche wird gebildet über die Berechnung statisch (obere Grenze) vs. dynamisch (untere Grenze). Die orange Punktlinie zeigt die Anzahl an Einwohnerinnen und Einwohnern in der Stadt mit einer Demenz an, die rote Linie den geschätzten Bettenbedarf für Menschen mit Demenz.



## 5.7 Strategische Implikationen Altersversorgung

### Versorgungbe- darf

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird der Versorgungsbedarf stärker wachsen als in den letzten Jahren. Es ist die Frage, wie die gesellschaftlichen Ansprüche und die Entwicklungen der Leistungserbringer sich in die gleiche Richtung bewegen. Die wichtigste Herausforderung ist die nachhaltig finanzierbare Altersversorgung.

### Stationäre Ange- bote

Die Angebote in der stationären Altersversorgung genügen nur noch eine beschränkte Zeit. Der Zeitpunkt der Versorgungslücke wird massgeblich von der Entwicklung im Spital mit der angeschlossenen Langzeitpflege beeinflusst. Eine Teilschliessung oder totale Schliessung haben grosse Auswirkungen auf die Stadt und den Bezirk

### Strategische Aus- sage Stationäre Alters- versorgung

Die stationäre Altersversorgung hängt quantitativ stark von der Entscheidung des Spitals ab. Mit Versorgungslücken ist bei allen Szenarien zu rechnen, der Zeitpunkt und das Ausmass ist aber sehr unterschiedlich.

### Ambulante Pflege Spitex

Die notwendige Entwicklung hängt einerseits von der Strategie der Spitexorganisationen bzw. der Finanzierung der Entwicklungen ab, andererseits aber auch von den stationären Angeboten. Diese doppelte Abhängigkeit muss dazu führen, dass die Leistungsvereinbarung präzise formuliert wird und auch quantitative und qualitative Entwicklungsziele beinhaltet.

### Strategische Aus- sage Ambulante Al- tersversorgung

Die Leistungsbreite und -tiefe der Spitexorganisationen muss den grossen Herausforderungen Rechnung tragen. Darin enthalten ist die Frage der nachhaltigen Finanzierung. Dies bedeutet, dass die Produktivität erhöht, der Preis (Vollkosten) gesenkt werden müssen, um die Mengenausweitung nachhaltig finanzieren zu können.

## 6 Trends

### 6.1 Megatrends und erwartete Entwicklungen

**Gesundheit – ein Megatrend**

Viele Zukunftsforscher sind sich einig: Gesundheit ist ein Megatrend, einer der wichtigsten gesellschaftlichen Entwicklungsfelder des aktuellen Zeitalters. Es gibt auch Hinweise dazu, dass Gesundheit und Informationstechnologien bzw. Digitalisierung die Treiber für die nächste Kondratieff-Kurve bilden. Diese Kurve besagt, dass in regelmässigen Zyklen technologische Errungenschaften die Volks- bzw. Weltwirtschaft exponentiell antreiben.

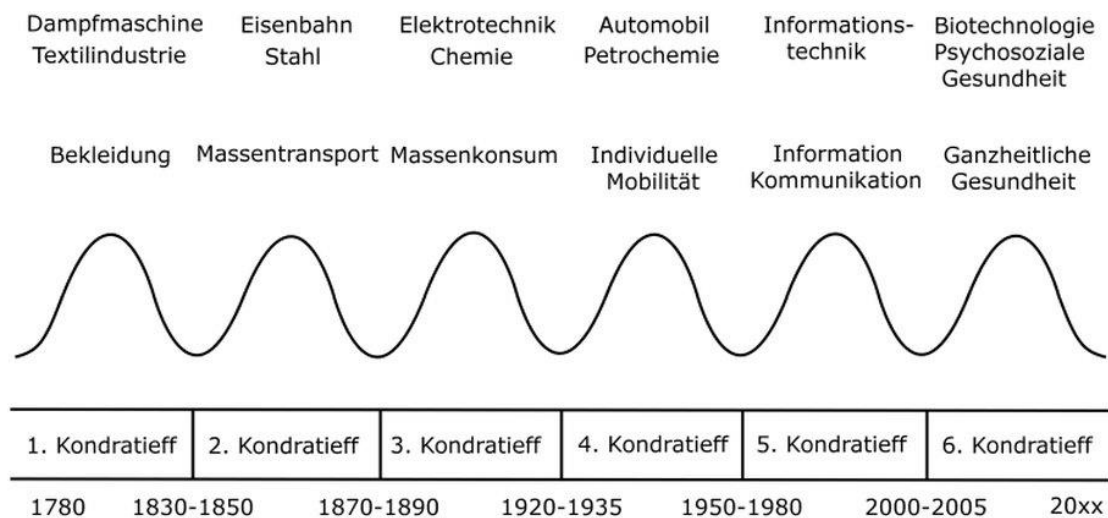


Abbildung 45: Kondratieff-Kurve<sup>11</sup>

**Megatrends  
Zukunftsinstitut**

Auch das Zukunftsinstitut in Deutschland erarbeitet auf der Basis von Wirtschaftskennzahlen, gesellschaftlichen Entwicklungen und Befragungen Landkarten zu relevanten Themen. Als Megatrend bezeichnet sie Trends, die einen «grossen und epochalen Charakter haben. Ihre Halbwertszeit (die Zeit bis zum Zenit ihrer Wirksamkeit) nehmen wir mit 30 Jahren oder mehr an». Diese Halbwertszeit wird auch den Kondratieff-Zyklen hinterlegt.

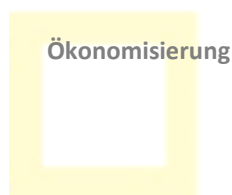
Als Megatrends werden die folgenden Themen angenommen: Individualisierung, New Work, Globalisierung, Female Shift, Gesundheit, Urbanisierung, Silver Society, Neo-Ökologie, Mobilität, Neues Lernen und Konnektivität.

<sup>11</sup> Quelle: <https://www.kondratieff.net/kondratieffzyklen>

## 6.2 Entwicklungen Spitalversorgung

**Themenübersicht** Die ZHAW School of Management and Law hat im Januar 2017 eine umfassende Analyse der relevanten Herausforderungen in der Gesundheits- und Spitalversorgung durchgeführt. Fasst man alle Themen im Kontext mit der Gesundheitsversorgung zusammen, so kommt man auf mindestens 5 grosse Herausforderungen:

Abbildung 46: Herausforderungen Gesundheitswesen<sup>12</sup>



Ökonomisierung

- Die Ökonomisierung hat spätestens mit den neuen Spielregeln der Spital- und Pflegefinanzierung die Schweiz erreicht. Die noch ausstehenden Abgeltungssysteme wie TarPsych werden die (ökonomische) Logik, die mit der Einführung von SwissDRG begonnen wurde, konsequent fortsetzen. Gesundheit wird damit von einem gesellschaftlichen Wert in eine ökonomische Grösse transformiert. Begriffe wie Wettbewerb oder Gewinnmaximierung ziehen in die Gesundheitsversorgung ein.

Industrialisierung

- Mehr Wettbewerb erhöht den Druck auf die «Produktionskosten». Die Industrialisierung ist darauf die Antwort: Zentralisieren, Optimieren und eine insgesamt verbesserte Arbeitsteilung sind zentral. Das Instrument der Stunde heisst – vorerst vor allem in den Spitälern – Lean Management. Die beiden Ansatzpunkte sind Verschwendung zu reduzieren und Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Ein wichtiger Treiber der Industrialisierung ist der Fachkräftemangel: nur wenn es gelingt, die Arbeit so zu erbringen, dass sie auch mit weniger Fachkräften nachhaltig gestaltet werden kann, können die Herausforderungen gemeistert werden.

<sup>12</sup> Quelle: Alfred Angerer, Eva Hollenstein, Florian Liberatore: «Das Schweizer Spitalwesen - Eine Managementperspektive», ZHAW School of Management and Law, Januar 2017; Darstellung Curanovis

Digitalisierung

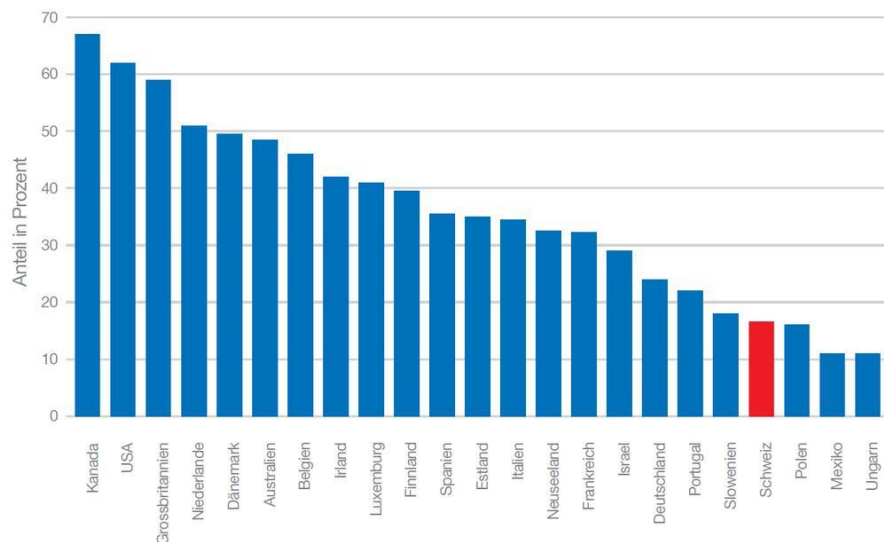
- Die Digitalisierung steht erst am Anfang und bildet aber die grösste Hoffnung (und Erwartung) für die bereits genannten Herausforderungen. Ob zur Verbesserung von Prozessen oder als Bindeglied zwischen Fachperson und Laien oder im Datenaustausch der multiplen Player: Die Wunschliste an die Digitalen Unterstützungssysteme ist beinahe endlos. Ob diese Erwartungen erfüllt werden können und ob dies zur Verbesserung der Versorgung führt, ist noch offen. Die Systeme, die heute angepriesen werden, sind oft erst Projektionsflächen und müssen den Kampf gegen Datenschutz, Integrität und Autonomie erst noch gewinnen.

Ambulantisierung

- Ambulantisierung ist ein Trend, der die Schweiz erst seit kurzem richtig erfasst hat, aber die Versorgungsprozesse und insbesondere auch die Patientenströme tiefgreifend und nachhaltig verändern wird. In der Schweiz ist noch viel Potential, in einer internationalen Vergleichsstudie belegt die Schweiz derzeit den viertletzten Rang mit ca. 17 Prozent ambulanter Fälle. Kanada liegt auf Platz 1 mit 67 Prozent. Der Kanton Appenzell Innerrhoden ist derzeit der einzige Kanton, der im Rahmen einer Neukonzeption des Spitals fast vollständig auf ambulante Prozesse setzt (Ambulantes Versorgungszentrum Plus). Die Landsgemeinde hat diesem Vorhaben am 29. April 2018 zugestimmt. Andere Kantone setzen derzeit auf Listen, die bisherige stationäre Eingriffe in den ambulanten Sektor verschieben.



Abbildung 47: Ambulantisierung im internationalen Vergleich<sup>13</sup>



<sup>13</sup> Quelle: <http://docplayer.org/51035526-Ambulant-vor-stationaer-umsetzung-im-kanton-zuerich.html>

Individualisierung

- Der Wunsch nach Individualisierung oder personalisierter Medizin ist der einzige Trend, der nicht primär ökonomisch motiviert ist, sondern vom Nutzer ausgeht. Es besteht ein Zusammenhang mit der Digitalisierung: Die Möglichkeit, Gesundheitsleistungen, -vorsorge und -kontrollen über verschiedene Medien und Apps mitzubestimmen, kommt der Bevölkerung sehr entgegen. Wie weit der Anspruch umgesetzt werden kann – insbesondere dann, wenn stationäre Versorgungsleistungen notwendig werden – bleibt abzuwarten.
- Die Studie «Take Care» vom GDI (Quelle) hat sich im Frühling 2018 Gedanken darüber gemacht, wie zukünftige Versorgung aussehen könnte. Sie kommt zu einer sehr eindeutigen Schlussfolgerung: Die Nachfrageorientierung (sogenannte pull-Logik) wird zunehmen, die angebotsorientierte Versorgung abnehmen (siehe Abbildung).

### 6.3 Veränderungen in der Gesundheits- und Altersversorgung

Neue Herausforderungen



Aktuell kommen Herausforderungen auf die Altersversorgung zu, die einen Paradigma Wechsel einläuten werden. Die demographische Entwicklung wurde inzwischen in der ganzen Schweiz erkannt und die Bedarfsplanung der stationären Betten ist heute Standard in allen Kantonen und Gemeinden. In den letzten Jahren wurde zudem das Prinzip „ambulant vor stationär“ weitgehend eingeführt. Die wichtigste Herausforderung liegt nun darin, dass sich die Gesellschaft in Bezug auf ihr „Altern“ stark verändert und gleichzeitig vielfältige neue Angebote auf den Markt kommen.

Spezialisierung der Gesundheitsversorgung im Alter

Menschen werden immer gesünder älter. Damit werden auch neue Lebens- und Wohnmodelle für das Alter entstehen. Dem gegenüber stehen diejenigen Menschen, die durch Gebrechlichkeit, dementielle und gerontopsychiatrische Veränderungen, Krankheit und Sterben höchste Ansprüche stellen an die Leistungsfähigkeit eines Versorgungssystems. Gleichzeitig mit der Zunahme der Lebenserwartung nehmen chronische Krankheiten deutlich zu. Heute erleben wir Krankheiten, die es früher nicht gab. Dies vor allem deshalb, weil Menschen früher nicht so alt wurden.

Die Anforderungen an die Institutionen nehmen zu, nicht zuletzt aufgrund der nationalen Strategien in den beiden Bereichen Demenz und Palliative Care. Die Pflege in diesen (und auch anderen Bereichen wie Gerontopsychiatrie) verlangt nach einem infrastrukturellen und fachlichen Profil, das erst bei einer gewissen Grösse kostendeckend und qualitativ angemessen erbracht werden kann.

Anforderungen an Personal und Versorgung steigen

Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung steigen, sowohl in der Pflege wie auch bei den niedergelassenen Ärzten. Die Nachfrage nach Geriatern ist schon heute nicht gedeckt und wird massiv steigen. Die Komplexität der Pflege wird sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich laufend zunehmen, insbesondere in den Bereichen Demenz, Gerontopsychiatrie und Palliative Care stehen Fachentwicklung und Differenzierung der Angebote erst ganz am Anfang.

Ob der Fachkräftemangel sich so manifestieren wird, wie er heute diskutiert wird, bleibt abzuwarten. Mit grosser Sicherheit ist aber die Gesundheitsversorgung im Alters- und Langzeitbereich nicht mehr einfach, sondern fordert immer besser ausgebildete Fachleute und eine Infrastruktur, die auf die steigenden Anforderungen reagiert (z.B. Demenzgärten, Heimärzte, etc.).

Patientenströme verändern sich



Aufgrund der neuen Spitalfinanzierung wird der Aufenthalt im Akutspital im kürzer und reicht älteren Menschen immer weniger, um genügend Selbständigkeit für ein Leben zu Hause aufzubauen. Dies führt zu einer Veränderung der Patientenströme. Der „klassische“ Weg betagter Menschen wird abgelöst durch einen immer stärker fragmentierten Ablauf. Ein Heimeintritt ist heute nicht mehr zwingend endgültig, sondern immer häufiger eine Zwischenstation im Wechsel zwischen zu Hause mit oder ohne Spitex, Spital und Rehabilitationsklinik.

#### 6.4 Nationale Strategien «Demenz» und «Palliative Care»

Der Bund mischt sich ein

Der Bund, namentlich das Bundesamt für Gesundheit BAG, ist für übergeordnete Frage zuständig wie etwa Präventionskampagnen, Strahlenschutz oder Grippe Monitoring. Nun bringt sich das BAG seit wenigen Jahren in die operative Versorgung ein: derzeit bestehen zwei nationale Strategien, die vom Bundesamt für Gesundheit lanciert wurden: die nationale Demenzstrategie 2014-2017<sup>14</sup> und die Strategie Palliative Care 2010-2015<sup>15</sup>.

Demenzstrategie

In der Demenzstrategie ist die Rolle der Pflegezentren weitgehend klar: sie sind – gemeinsam mit der Spitex – Hauptakteur in der Bewältigung der zunehmenden Herausforderung Demenz. Die Strategie fokussiert vier Handlungsfelder: 1) Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation; 2) Bedarfsgerechte Angebote, 3) Qualität und Fachkompetenz und 4) Daten und Wissensvermittlung.

---

<sup>14</sup> Siehe auch: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/>

<sup>15</sup> Siehe: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13764/13769/index.html?lang=de>



**Strategie Palliative Care**

Bei der Strategie Palliative Care ist der Differenzierungsprozess noch in vollem Gange. Die Interpretationen gehen dabei weit auseinander, je nach Kanton oder Region bestehen deutliche Unterschiede. Es ist zu erwarten, dass die noch eher grobe Struktur in den Kantonen weiter ausdifferenziert wird. Dies auch im Zusammenhang mit der Finanzierung der Leistungen in den verschiedenen Versorgungsstufen.

**Noch nicht alles geklärt**

Bei beiden Strategien, insbesondere aber bei der Strategie Palliative Care, sind noch nicht alle Fragen geklärt. Die Arbeitsteilung zwischen Akutspital, ambulanter und stationärer Palliative Care und deren Finanzierung ist noch weitgehend offen. Einzelne Kantone (z.B. Bern) sind in der Diskussion, andere (z.B. Kanton Zürich) halten sich mit klaren Vergaben von Leistungsaufträgen noch eher zurück.

## 6.5 Gesellschaftliche Veränderungen und Trends

### 6.5.1 Gesellschaftliche Veränderungen

**Alter ist keine Krankheit**



**Immer gesünder immer älter**

Das Wort "Alter" hat viele Bedeutungen, die je nach Kontext sehr stark variieren können. Im Kontext der "Altersversorgung" wird dieser Begriff sehr schnell mit Krankheit, Gebrechlichkeit und Tod in Verbindung gebracht. Doch dies ist mehr als falsch.

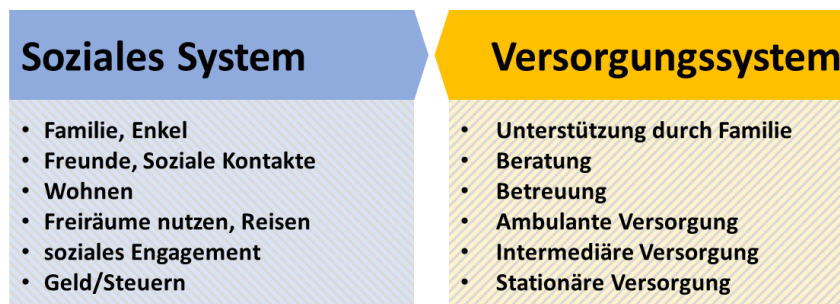
Die Menschen in der westlichen Welt leben immer länger, sind dabei immer gesünder und bleiben länger aktiv im Leben verwurzelt. Es wird angenommen, dass über 80 Prozent der Bevölkerung mit 80 Jahren noch in den eigenen vier Wänden lebt. Dies bedeutet, dass "Altersversorgung" in erster Linie sozial Integration bedeutet. Die Gesundheitsversorgung steht erst an zweiter Stelle.

**Komplementär-systeme Soziales und Gesundheit**

Um den komplementären Aufgaben gewachsen zu sein, braucht es auch zwei komplementäre Systeme: das soziale System, bei dem es in erster Linie um die sozialen Fragen geht. Und das System der Gesundheitsversorgung im Alter (siehe auch Abbildung 48).

Aufgrund der höheren Lebenserwartung und oft viel besseren Gesundheit bis in das hohe Alter verschiebt sich der Eintritt in das System der Gesundheitsversorgung immer mehr nach hinten. Die Gesundheitsversorgung ihrerseits wird durch die medizinischen Fortschritte immer ambulanter: Spitalaufenthalte verkürzen sich, eine Rückkehr in die angestammte Lebenssituation wird immer wahrscheinlicher. Damit wächst die Bedeutung von sozialen und ambulanten Angeboten.

Abbildung 48: 2 Systeme der Altersversorgung

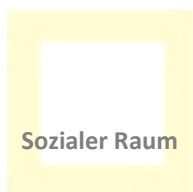


**Soziales System**

Das soziale System umfasst eine ganze Reihe von Themen, die mit dem Eintritt in das Pensionsalter an Bedeutung gewinnen. Hier werden diese Themen sehr grob umrissen und zu drei Themenbereichen zusammengefasst.

**Wohnen**

Das Wohnen in der angestammten Umgebung ist die wichtigste Wohnform überhaupt. Aktuell ist die Mehrheit der Bevölkerung über 80 Jahre, die noch nicht in einem Pflegeheim sind, noch in den eigenen vier Wänden zu Hause. Die Herausforderungen sind insbesondere in älteren Einfamilienhäusern oft gross: das Schlafzimmer befindet sich im Obergeschoss, es gibt keinen Lift, die Treppe ist steil.



Neue Immobilien verfügen bereits immer häufiger über weitgehende Hindernisfreiheit, teilweise sind sie sogar barrierefrei.

Unter dem Stichwort "Sozialer Raum" werden einerseits Orte der Begegnung verstanden (Cafeteria, Bibliothek, Alterstreffpunkte), andererseits die Möglichkeit, am sozialen Leben aktiv teilzunehmen.

Soziale Angebote gehören traditionell zum Fundament einer funktionierenden Gemeinschaft. Neben den Kirchgemeinden sind dies gemeinnützige Organisationen oder Vereine.

Vor allem Freiwilligen-Organisationen geben den Menschen, die sich nach der Pensionierung für die Allgemeinheit einsetzen wollen, eine wichtige Plattform.

**Dienstleistungen**

Dienstleistungen im Kontext mit der älteren Bevölkerung ist noch ungewohnt. Gleichwohl werden immer mehr Dienstleistungen in Anspruch genommen. Seien es Beratungen im Kontext von Steuerfragen, hauswirtschaftliche Leistungen oder Online-Shopping. Es kann damit gerechnet werden, dass die nachfolgenden Generationen eine deutlich höhere Affinität zu Dienstleistungen mitbringen wird.



## 6.5.2 Zukunft Alter

Das Alter beginnt, wenn...

"Das Alter beginnt aus sozialpolitischer Sicht mit der Pensionierung. Seit der Einführung des gesetzlichen Rentenalters hat sich die Lebensphase Alter immer mehr ausgedehnt und ist vielfältiger geworden." (Gasser, Knöpfel, & Seifert, 2015)

Das «Alter» beginnt damit zu einem Zeitpunkt, an dem für viele Menschen das Leben kreativer, vielfältiger und auch aktiver wird. Mit der Pensionierung wird Freiheit in Verbindung gebracht. Zeit für Reisen, Zeit für Bücher, Zeit für Enkel. Nicht zufällig spricht man von einem "Unruhestand".

Gefühltes Alter

Im Rahmen der Studie "Digital Ageing" (Samochowiec, Kühne, & Frick, 2015) wurden Menschen ab 60 befragt, wie alt sie sich fühlen. Das Ergebnis ist einigermaßen überraschend:

- Menschen im Alter zwischen 60 bis 70 Jahren fühlen sich im Durchschnitt 12 Jahre jünger. Das bedeutet, eine Frau oder ein Mann fühlen sich mit 65 Jahren wie mit 53 Jahren.
- Bei Menschen zwischen 70 und 80 Jahren teilen sich die Geschlechter auf: Frauen fühlen sich durchschnittlich 14 Jahre, Männer 18.5 Jahre (!) jünger.

Versorgung im Alter morgen

Die ambulante Versorgung von Morgen heisst "Leben mit Services"! Die Versorgung basiert heute auf einer sehr altruistischen und medizinisch-defizitorientierten Einteilung von Menschen. «Ver-Sorgung» ist gleichzeitig stigmatisierend und entmündigend. Die Publikation von avenir suisse "Neue Massstäbe für die Alterspflege" drückt dies so aus:

*«'Fragil' zu sein bedeutet allerdings nicht automatisch, medizinische Pflegeleistungen zu benötigen. Schon die Schwierigkeiten, selber einkaufen zu gehen und zu kochen oder sich selbständig zu waschen, machen ältere Personen hilfsbedürftig. Der Grad dieser Hilfs- und Pflegebedürftigkeit wird häufig anhand von ADL-Indikatoren («activities of daily living» – Aktivitäten des täglichen Lebens) gemessen. Wer bei keinem dieser Indikatoren eingeschränkt ist, gilt als unabhängig, wer bei mehr als zwei Mühe bekundet, gilt als stark fragil. Erwartungsgemäss steigt der Fragilisierungsgrad mit dem Alter. Während 2012 75 % der Personen im Alter zwischen 65 und 74 Jahren noch unabhängig waren, waren es nur 16 % der Personen über 85 Jahre (Eugster und Jeanneret 2015).»* (Cosandey & Kienast, 2016)

Intermediäre Strukturen

Unter intermediären oder hybriden Strukturen werden Wohnformen verstanden, die vor der stationären Versorgung kommen und Wohnen mit Dienstleistungen verbinden. Die Dienstleistungen beschränken sich nicht auf Pflege, sondern beziehen alle Formen von Services mit ein (Abbildung 49).

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan hat im Frühjahr 2016 eine Bestandsaufnahme durchgeführt zu den intermediären Strukturen in der Schweiz. Die Ergebnisse machen deutlich, dass es sich hierbei um einen Bereich mit ausserordentlichem Wachstum handelt. Gleichzeitig lässt sich aber auch feststellen, dass die Unterschiede in den Regionen und Kantonen enorm sind.

Abbildung 49: Intermediäre Strukturen oder Dienstleistungen on demand



### 6.5.3 Warum gehen Menschen in ein Pflegeheim?

Banale Frage – oder nicht?

Warum gehen Menschen in ein Pflegeheim?

Diese Frage zu beantworten, ist nur auf den ersten Blick banal. Würde man heute eine Umfrage auf der Strasse bei den Babyboommern durchführen, man bekäme wohl nur eine Antwort: "Ich gehe nicht ins Pflegeheim – und wenn dann nur, weil ich muss oder mich selbst nicht mehr dazu äussern kann."

Nun, es gibt doch Gründe, die auch heute noch dazu führen, dass Menschen mehr oder weniger freiwillig in ein Pflegeheim gehen:

**Grund 1:**  
Die Wohnungsmiete ist zu hoch

Steigende Mietpreise bei stabilen oder sinkenden AHV-Beiträgen und stabilen Mietzinsmaxima für Ergänzungsleistungen. In dieser Schere kommt es immer mehr zu Umzügen von der angestammten Wohnung in ein Alters- oder Pflegeheim.

Diese Rentner gehören in der Regel nicht in ein Pflegeheim, Alternativen lassen sich aber kaum finden. Die Angebote an Alterswohnungen bzw. Wohnung mit angemessenen Mietpreisen, werden immer rarer.

**Grund 2:**  
Gefahr der sozialen Isolation

Insbesondere in den ländlichen Gebieten und Bergkantonen kann das Wohnen zur sozialen Falle werden. Die Nachbarn sind weit weg, die Kinder leben in der Stadt und die nächste Postauto-Haltestelle liegt in einiger Entfernung. Die Umgebung ist steil und für Rollatoren oder Rollstuhl ungeeignet.

Nimmt die Mobilität ab, können diese Wohngebiete zu sozialer Isolation mit allen Risiken führen - auch gesundheitlichen.

**Grund 3:**  
Die Wohnung,  
das Haus ist un-  
praktisch

Es gibt viele Gründe, warum eine Wohnung oder ein Haus unpraktisch wird: der Garten ist zu gross, die verschiedenen Räume sind nur über Treppen erreichbar, der Herd muss im Winter täglich eingefeuert werden und so weiter.

Nicht immer sind technische Anpassungen möglich, nicht immer lassen sie sich finanzieren. Wenn die Gebrechlichkeit zu- und die Mobilität abnimmt, kann eine schöne Wohnung, ein idyllischer Garten schnell zu einer Belastung werden.

**Grund 4:**  
Der Alltag wird zu  
anstrengend

Wäsche machen, Kochen, einkaufen und alle weiteren Arbeiten können zu anstrengend werden. Natürlich ist es möglich, sich Unterstützung zu holen. Aber wenn einem der Alltag über den Kopf wächst, bringt eine Stunde pro Tag kaum mehr Erleichterung.

Auch hier ist die Gefahr grösser, wenn man abgelegen wohnt und die Familie weit weg ist. Wenn die Autonomie weniger Gewicht hat als die tägliche Belastung, ist ein Eintritt in ein Pflegeheim eine Entlastung.

**Grund 5:**  
Die ambulante  
Versorgung reicht  
nicht mehr



Die ambulante Gesundheitsversorgung hat ihre Grenzen, einerseits finanzieller Natur, andererseits aber auch personeller oder organisatorischer. Bei mehreren täglichen Einsätzen, zusätzlicher Nachtbetreuung oder langen Pflegeeinsätzen kann von allen Betroffenen die Entscheidung provoziert werden: Jetzt ist es Zeit, in einen stationären Kontext zu wechseln.

Oft sind es auch die Angehörigen, die bis dahin an ihre Belastungsgrenze gegangen sind. Und gerade ihnen fällt es besonders schwer, die Entscheidung zuzulassen.

**Grund 6:**  
Die (gesundheitlichen) Risiken  
nehmen zu

Die wichtigsten Risiken im Alter sind Sturz, soziale Isolation, schlechte oder ungenügende Ernährung und alle Gefährdungen durch zunehmende kognitive Beeinträchtigungen. Insbesondere durch dementielle Veränderungen kann das Leben in den eigenen vier Wänden für die Betroffenen und das Umfeld zu einer steten Gefahrenquelle werden. Selbstverletzungen oder Fremdgefährdung führen zu einem Eintritt in einer geschützten Einheit. Unter Umständen können hier Selbständigkeit und Würde sogar wieder zunehmen.

## 6.6 Strategische Implikationen aus den Trends

**Strategische Aussage**  
Treiber für Entwicklungen

Es gibt zwei starke Treiber für die zukünftigen Entwicklungen in der Versorgung: (1) die Anbieter müssen Strukturen und Prozesse so anpassen, dass sie im (hochregulierten) Wettbewerb mithalten können, (2) die Nutzer des Systems möchten eine möglichst hohe Selbstbestimmung (Selfness), eine gute Lebensqualität und die freie Wahl aus einer Vielzahl von Angeboten (Healthstyle, Care Society, Care Convenience).

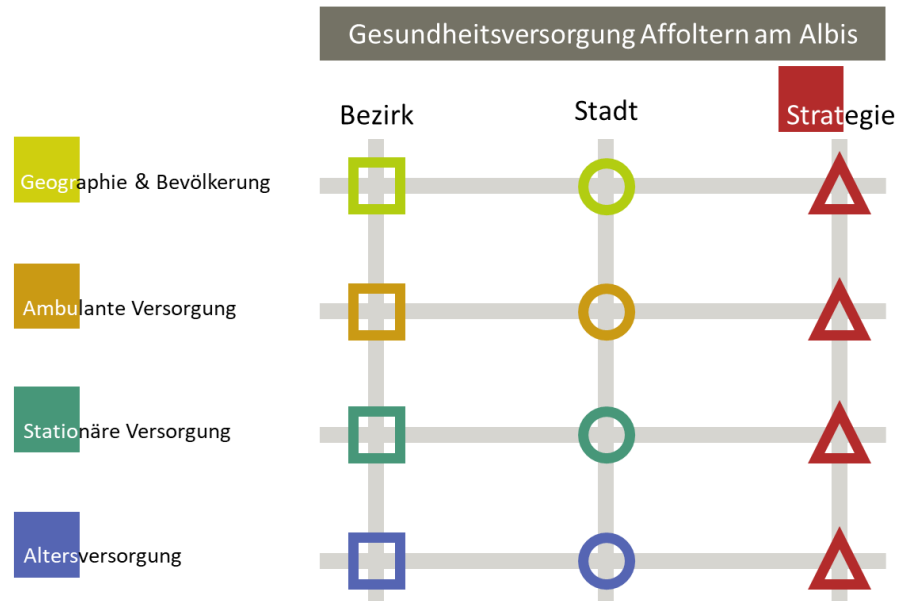
**Strategische Aussage**  
Kosten senken, Effizienz erhöhen

Ökonomisierung und Industrialisierung sind eine grosse Herausforderung für kleine und mittelgrosse Organisationen. Durch die hohe Regulierung und den grossen administrativen Aufwand lassen sich die hohen Kosten im Sekundär- und Tertiärprozess kaum mehr aus den (zu) tiefen Erträge aus den Leistungen finanzieren. Dies hat grundsätzlich zwei mögliche Szenarien: Kooperation oder Fusion mit anderen Anbietern oder vollständige Restrukturierung der Prozesse.

**Strategische Aussage**  
Ambulant vor stationär

Mit der Ambulantisierung entsteht ein Potential für ein drittes Szenario. Das Potential ist gross – insbesondere in der Grundversorgung. Es muss aber kulturell akzeptiert werden. Wird heute entschieden, ist die Entscheidung für eine kantonale Ambulantisierung mit einer ausserkantonalen Kooperation für den stationären Bereich (Modell Kanton Appenzell Innerrhoden) sehr mutig aber wahrscheinlich richtig. Ob dieser Weg mittelfristig auf für den Bezirk Affoltern angemessen ist, ist eine Ermessensfrage.

## 7 Strategische Implikationen



### 7.1 Zusammenfassung der strategischen Aussagen

#### Strategische Implikationen **Bevölkerung**

**Herausforderung Versorgungssicherheit** Die Aufrechterhaltung der Versorgungssicherheit ist für den Bezirk Affoltern durch seine geographische Lage eine grössere Herausforderung als für andere mit höherer Bevölkerungsdichte bzw. an den grossen Verkehrsachsen (West-Ost, Nord-Süd).

**Einwohnerzahl vs. Spital Affoltern** Der Bezirk Affoltern ist durch seine Einwohnerzahl für die Führung eines eigenen Spitals Affoltern vor grosse Herausforderungen gestellt. Einerseits begrenzt die mögliche Fallzahl die Grösse des Spitals, andererseits ist die Häufigkeit von Behandlungen mit höherer Spezialisierung (und höherer Fallschwere) seltener. Die Empfehlungen zur Spitalplanung der Gesundheitsdirektoren-Konferenz (GDK) und das durch die GDK übernommene Leistungsgruppenkonzept von Zürich verschärfen diese Herausforderung noch.

#### Strategische Implikationen **Ambulante Versorgung**

**Ambulante Versorgung** Die nachhaltige Sicherung der peripheren Gesundheitsversorgung mit allen Qualitätskriterien wie freier Zugang, 7/24 Versorgung, Notfalldienst und Wahlmöglichkeit muss sichergestellt werden. Für den Bezirk gibt es in diversen Gemeinden ein tiefe Versorgung in verschiedenen Sparten. Flächendeckend tief (ausser in der Stadt Affoltern) ist die Zahl der Apotheken und der Ärzte in den Fachbereichen Kinder/Jugendliche, Gynäkologie und Psychiatrie. Für die Stadt Affoltern bestehen heute genügend Angebote. Bei einem Wegfall der Leistungen des Spitals Affoltern ist die Versorgung mit Notfalldienst neu zu gestalten. Der Rettungsdienst muss (von den umliegenden Spitälern) neu definiert werden.

Die ambulante Psychiatrie wird heute stark gestützt durch das Spital. Bei einem Wegfall des Spitals dürfte hier eine deutlich Versorgungslücke entstehen.

#### Strategische Implikationen **Stationäre Versorgung**

**Versorgungssicherheit** Die Versorgungssicherheit ist bei einer Schliessung des Spitals Affoltern nicht gefährdet. Eine Schliessung belastet aber die ambulante Versorgung und führt zu einigen Versorgungslücken, die strategisch und operativ geklärt werden müssen.

**Rentabilität kaum möglich** Das Spital ist trotz hoher Produktivität in den behandelnden Berufsgruppen kaum rentabel. Dies liegt einerseits an den (zu) tiefen Erträgen auf der Basis des tiefen CaseMix, andererseits sind die Verwaltungskosten und Betriebskosten zu hoch für den Ertrag, der erwirtschaftet werden kann.

**Eine Entscheidung hat kurzfristige Auswirkungen** Eine negative Entscheidung der Trägergemeinden wird sehr kurzfristige Auswirkungen nach sich ziehen. Es ist damit zu rechnen, dass die Planfrist von 2 Jahren für eine Schliessung nicht eingehalten werden kann. Dies aufgrund personeller (Abwanderung von Fachärzten) und gesellschaftlicher (Verlagerung der Patientenströme) Reaktionen.

#### Strategische Implikationen **Altersversorgung**

**Stationäre Altersversorgung** Die stationäre Altersversorgung hängt quantitativ stark von der Entscheidung des Spitals ab. Mit Versorgungslücken ist bei allen Szenarien zu rechnen, der Zeitpunkt und das Ausmass ist aber sehr unterschiedlich.

**Ambulante Altersversorgung** Die Leistungsbreite und -tiefe der Spitexorganisationen muss den grossen Herausforderungen Rechnung tragen. Darin enthalten ist die Frage der nachhaltigen Finanzierung. Dies bedeutet, dass die Produktivität erhöht, der Preis (Vollkosten) gesenkt werden müssen, um die Mengenausweitung nachhaltig finanzieren zu können.

#### Strategische Implikationen **Trends**

**Treiber für Entwicklungen** Es gibt zwei starke Treiber für die zukünftigen Entwicklungen in der Versorgung: (1) die Anbieter müssen Strukturen und Prozesse so anpassen, dass sie im (hochregulierten) Wettbewerb mithalten können, (2) die Nutzer des Systems möchten eine möglichst hohe Selbstbestimmung (Selfness), eine gute Lebensqualität und die freie Wahl aus einer Vielzahl von Angeboten (Healthstyle, Care Society, Care Convenience).

**Kosten senken, Effizienz erhöhen** Ökonomisierung und Industrialisierung sind eine grosse Herausforderung für kleine und mittelgrosse Organisationen. Durch die hohe Regulierung und den grossen administrativen Aufwand lassen sich die hohen Kosten im Sekundär- und Tertiärprozess kaum

mehr aus den (zu) tiefen Erträge aus den Leistungen finanzieren. Dies hat grundsätzlich zwei mögliche Szenarien: Kooperation oder Fusion mit anderen Anbietern oder vollständige Restrukturierung der Prozesse.

Ambulant vor stationär

Mit der Ambulantisierung entsteht ein Potential für ein drittes Szenario. Das Potential ist gross – insbesondere in der Grundversorgung. Es muss aber kulturell akzeptiert werden. Wird heute entschieden, ist die Entscheidung für eine kantonale Ambulantisierung mit einer ausserkantonalen Kooperation für den stationären Bereich (Modell Kanton Appenzell Innerrhoden) sehr mutig aber wahrscheinlich richtig. Ob dieser Weg mittelfristig auf für den Bezirk Affoltern angemessen ist, ist eine Ermessensfrage.

## 7.2 Szenarien im Kontext

### Überblick

Die Abbildung zeigt zwei Grundszzenarien und drei bzw. zwei Varianten. Die Szenarien zeigen die grosse Abhängigkeit von der spitalstationären Versorgung mit allen nachgeschalteten Systemen sehr deutlich auf.







Abbildung 50: Szenarien im Überblick

## 7.2.1 Szenario 1: Schliessung Spital Affoltern

### Szenario 1

Im Szenario 1 wird davon ausgegangen, dass das Spital schliesst. Die drei Varianten beziehen sich ausschliesslich auf die Weiterführung der angegliederten Langzeitpflege:

1. Totalschliessung einschliesslich dem Bettenangebot in der Langzeitpflege
2. Schliessung Spital mit einer Weiterführung des Hauses Pilatus. Das Haus RIGI fällt weg.
3. Schliessung des Spitals mit einer Weiterführung der Langzeitpflege. Dafür muss das Haus RIGI saniert oder neu gebaut werden.

### Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung wird insbesondere durch den Verlust an fachärztlichen Leistungen in den Bereichen Geriatrie, Psychiatrie, Notfallversorgung, Kinder und Gynäkologie betroffen sein. Dies betrifft die Stadt Affoltern aber auch alle anderen Gemeinden.

### Bedeutung für die Stadt Affoltern

Die Reaktion darauf muss die Erstellung eines medizinischen Versorgungszentrums sein (nicht nur Ärzte, auch Pflege, Therapien und Sicherung des Notfalldienstes). Ein Abwarten, ob sich genügend Fachärzte ansiedeln, bedeutet, erhebliche Einbussen in der Standortattraktivität für die Stadt in Kauf zu nehmen.

### Stationäre Altersversorgung

Die Altersversorgung kommt in dem Masse unter Druck, in dem Betten abgebaut werden. Der Bezirk wird insbesondere bei einer Teilschliessung sehr rasch Versorgungslücken aufweisen.

### Bedeutung für die Stadt Affoltern

Die Stadt Affoltern ist bei einer Totalschliessung durch den Wegfall von Übergangspflege, Akutgeriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliative Care betroffen. Einzelne Angebote müssen aufgebaut werden. Ausserdem wird die Bettenzahl mit dem Haus zum Seewadel (mit 80 Betten) langfristig nicht ausreichen.

### Ambulante Altersversorgung

Insbesondere bei einer Totalschliessung ist mit einem raschen Anstieg der Einwohnerinnen und Einwohner zu rechnen, die auf einen Pflegeplatz warten. Dies führt zu einer deutlich höheren Belastung der Spitex und zu einem raschen Aufbau von erweiterten Angeboten wie 7/24 oder Betreuungsleistungen.

Bei einer Teilschliessung verändert sich lediglich das Tempo der geforderten Entwicklungen, nicht aber der Inhalt.

### Bedeutung für die Stadt Affoltern

Die Leistungsvereinbarung muss sehr rasch angepasst werden. Falls die öffentliche Spitex dieses Wachstum mit der entsprechenden Effizienz nicht leisten kann, besteht durchaus die Möglichkeit, die Leistungen auszuschreiben.

### 7.3 Szenario 2: Weiterführung Spital Affoltern

#### Szenario 2

Im Szenario 2 wird davon ausgegangen, dass das Spital in irgendeiner Form weitergeführt wird. Über die möglichen Trägerschaftsformen wird hier nicht spekuliert. Auch die Frage der Rentabilität und Sinnhaftigkeit soll hier nicht zum Thema werden. Die beiden Varianten beziehen sich auf beiden möglichen Varianten der Weiterführung:

1. Weiterführung wie bisher mit einer Sanierung. Dabei wird die Langzeitpflege ebenfalls weitergeführt.
2. Weiterführung als Ambulantes Versorgungszentrum mit wenigen Betten (analog dem Modell Appenzell AVZ+). Der Fokus liegt dabei auf einem Ambulatorium mit einer kleinen Bettenstation für Kurzlieger.

#### Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung wird in Abhängigkeit des zukünftigen Versorgungsspektrums einzelne Lücken kompensieren müssen. Erwartet werden Einschränkungen in den Bereichen Geriatrie und Psychiatrie. Dies betrifft die Stadt Affoltern und alle anderen Gemeinden gleichermassen.

#### Bedeutung für die Stadt Affoltern

Die Stadt Affoltern kann in der Planung die Fachbereiche mit beeinflussen und dadurch Versorgungslücken vermeiden. Es sollte zu keinen grossen Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit der ambulanten Versorgung kommen.

#### Stationäre Altersversorgung

Die Altersversorgung kann als gesichert gelten, sowohl für die Stadt wie für den Bezirk. Erst im Rahmen der demographischen Entwicklung muss ab 2025 neu justiert werden.

#### Bedeutung für die Stadt Affoltern

Die stationäre Altersversorgung in der Stadt Affoltern ist bei einer Weiterführung des Spitals im sicheren Bereich.

#### Ambulante Altersversorgung

Für die Spitex ist der quantitative Druck deutlich geringer, die qualitative Entwicklung muss gleichwohl stattfinden. Insbesondere die nachhaltige Finanzierung muss möglich werden.

#### Bedeutung für die Stadt Affoltern

Die Leistungsvereinbarung muss angepasst werden. Falls die öffentliche Spitex dieses Wachstum mit der entsprechenden Effizienz nicht leisten kann, besteht die Möglichkeit, die Leistungen auszuschreiben.

## 8 Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Bestandteile des Versorgungssystems Gesundheit .....	11
Abbildung 2: Berichtsstruktur .....	14
Abbildung 3: Bezirk Affoltern – im Südwesten des Kantons Zürich .....	16
Abbildung 4: Stadt Affoltern .....	17
Abbildung 5: Entwicklung Einwohner Bezirk Affoltern .....	17
Abbildung 6: Bevölkerungsentwicklung 1990-2040.....	18
Abbildung 7: Entwicklung Alterskohorten.....	19
Abbildung 8: Altersquotient Bezirk Affoltern.....	20
Abbildung 9: Bevölkerung Bezirk Affoltern 65-79.....	20
Abbildung 10: Bevölkerung Bezirk Affoltern 80+ .....	21
Abbildung 11: Struktur der Haushalte.....	21
Abbildung 12: Bevölkerung in den Gemeinden .....	22
Abbildung 13: Bevölkerungsentwicklung Stadt Affoltern nach Altersgruppen .....	22
Abbildung 14: Bevölkerungsentwicklung Stadt Affoltern 65-79.....	23
Abbildung 15: Bevölkerungsentwicklung Stadt Affoltern 80+ .....	23
Abbildung 16: Altersquotient Stadt Affoltern .....	24
Abbildung 17: Entwicklung der Bevölkerung 65+ bis 2030.....	24
Abbildung 18: Verteilung Arztpraxen nach Fachbereichen.....	30
Abbildung 19: Ärztedichte ambulant im Vergleich .....	31
Abbildung 20: Apotheken Bezirk Affoltern .....	31
Abbildung 21: Apotheken Stadt Affoltern.....	32
Abbildung 22: Austritte, Betten und Personalbestand .....	35
Abbildung 23: Betriebsaufwand/Betriebsertrag vs. Pflage tage/Austritt.....	35
Abbildung 24: Leistungen ambulant-stationär Spital Affoltern .....	37
Abbildung 25: Leistungen ambulant-stationär im Vergleich.....	37
Abbildung 26: Herkunft und Versicherung Spital Affoltern .....	38
Abbildung 27: Herkunft und Versicherung im Vergleich.....	38
Abbildung 28: Personalzusammensetzung Spital Affoltern .....	39
Abbildung 29: Personalzusammensetzung im Vergleich .....	39
Abbildung 30: Pflage tage pro Personaltyp.....	40
Abbildung 31: Pflage tage pro Personaltyp im Vergleich.....	40
Abbildung 32: Ertrag med. Leistungen pro Pflage tag Spital Affoltern .....	41
Abbildung 33: Ertrag med. Leistungen pro Pflage tag im Vergleich .....	41
Abbildung 34: Aufwand pro Pflage tag Spital Affoltern .....	41
Abbildung 35: Aufwand pro Pflage tag im Vergleich .....	41
Abbildung 36: Kennzahlen und Quoten im Vergleich .....	42
Abbildung 37: Standorte Akutspitäler und Geburtshäuser 2017.....	45
Abbildung 38: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen (CuraData).....	55
Abbildung 39: Variante 1: Status quo .....	60
Abbildung 40: Variante 2: Mixed.....	60
Abbildung 41: Variante 3: Fokussiert .....	61
Abbildung 42: Prävalenz Demenz.....	62
Abbildung 43: Bettenbedarf Demenz Bezirk Affoltern .....	62
Abbildung 44: Bettenbedarf, Bettenangebot und Demenz Stadt Affoltern .....	64
Abbildung 45: Kondratieff-Kurve.....	66
Abbildung 46: Herausforderungen Gesundheitswesen .....	67
Abbildung 47: Ambulantisierung im internationalen Vergleich.....	68
Abbildung 48: 2 Systeme der Altersversorgung .....	72
Abbildung 49: Intermediäre Strukturen oder Dienstleistungen on demand .....	74
Abbildung 50: Szenarien im Überblick .....	80

Tabelle 1: Arztpraxen nach fachlichem Schwerpunkt und Gemeinde .....	29
Tabelle 2: Theoretische Kennzahlen SPITAL AFFOLTERN .....	43
Tabelle 3: Zusammenfassung Leistungsbereiche Spital Affoltern.....	46
Tabelle 4: Quellen der beiden Prognosemodellen.....	50
Tabelle 5: Pflegequote für „mittel- bis schwer pflegebedürftigen“ .....	51
Tabelle 6: Quote statisch und dynamisch CuraData .....	54
Tabelle 7: Bevölkerungsprognose nach Kohorten .....	55
Tabelle 8: stationäre Langzeitpflege 2016 .....	56
Tabelle 9: Vergleich statische Bedarfsprognose Pflegeplätze.....	56
Tabelle 10: Vergleich «Shift» Bedarfsprognose Pflegeplätze.....	57
Tabelle 11: Bedarf ambulante Spitexstunden Bezirk Affoltern.....	61



## 9 Literaturverzeichnis

- Bayer-Oglesby, L., & Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz*. Neuchatel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2016). Kennzahlen der Schweizer Spitäler . Schweiz.
- Bundesamt für Statistik . (2017). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2016*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik. (2007/2012). *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007 und 2012*. Bundesamt für Statistik. (2016). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone 2015-2045*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Spitex - Statistik 2016*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Statistik der Bevölkerung und der Haushalte STATPOP*. Neuchâtel.
- Cosandey, J., & Kienast, K. (2016). *Neue Massstäbe für die Alterspflege*. Zürich: avenir suisse.
- Gasser, N., Knöpfel, C., & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil - Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Zürich: Pro Senectute.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2017). *Gesundheitsversorgung 2017 - Akutsomatik - Rehabilitation - Psychiatrie*. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2017). *Kenndaten 2016 Langzeit*. Abgerufen am 13. Juli 2018 von [https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere\\_direktion/veroeffentlichungen/kenndatenlangzeit2016/langzeit\\_kenndaten\\_2016.pdf.spooler.download.1505899438033.pdf/langzeit\\_kenndaten\\_2016.pdf](https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere_direktion/veroeffentlichungen/kenndatenlangzeit2016/langzeit_kenndaten_2016.pdf.spooler.download.1505899438033.pdf/langzeit_kenndaten_2016.pdf)
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Hudec, J. (15.09.2017). Das Spital Affoltern hat nur noch eine Chance, um die Schliessung abzuwenden. *Neue Zürcher Zeitung*. Von <https://www.nzz.ch/zuerich/die-letzte-chance-fuer-das-spital-affoltern-ld.1316484> abgerufen
- Knoth, S. (2018). *Organisationsentwicklung Phase 1 - Haus zum Seewadel*. Cham: Curanovis.
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, S. 63-75.
- Regierungsrat des Kantons Zürich. (2011). *Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik*. Zürich: Kanton Zürich.
- Regierungsrat Kanton Zürich. (2007). Gesundheitsgesetz GesG 810.1. Kanton Zürich.
- Regierungsrat Kanton Zürich. (2010). Pflegegesetz 855.1.
- Regierungsrat Kanton Zürich. (2010). *Verordnung über die Pflegeversorgung 855.11*. Zürich.
- Samochowiec, J., Kühne, M., & Frick, K. (2015). *Digital Ageing - Unterwegs in die alterslose Gesellschaft*. Rüslikon: Gottlieb Duttweiler Institut.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN. (Mai 2018). *Hospitalisierungsrate in Akutspitalern*. Von <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hospitalisierungsrate-akutspitaelern> abgerufen
- Spitalzweckverband. (09 2014).
- Statistisches Amt des Kantons Zürich. (2014). *Regionalisierte Bevölkerungsprognosen für den Kanton Zürich, 2013-2040 (Szenario «Trend ZHz»)*.



## 10 Anhang

### 10.1 Gesetzliche Grundlagen Kanton Zürich

#### 10.1.1 Gesundheitsgesetz 810.1

##### Grundlagen

Das Gesundheitsgesetz (Regierungsrat Kanton Zürich, 2007) beschreibt die Grundlagen der Bewilligung und Ausübung aller Akteure der Versorgung und die jeweilige Zuständigkeit. Aus dem Gesetz gestrichen wurden die Artikel zur Spitalplanung. Sie wurden im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz neu aufgebaut (SPFG 8113.20). Auf diese Gesetze wird hier nicht eingegangen.

##### Gesetze und Kommentare

In der Folge werden die relevanten Artikel aus dem Gesundheitsgesetz abgebildet. Die besonders zentralen Punkte werden rot markiert und im Anschluss jeweils kurz kommentiert aus der Sicht der Stadt Affoltern.

##### Notfalldienst

#### 2. Teil: Die Berufe im Gesundheitswesen Absatz C. Notfalldienst

§ 17.<sup>1</sup> **Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Apothekerinnen und Apotheker sind verpflichtet,**

- a. **in dringenden Fällen Beistand zu leisten,**
- b. **in einer Notfalldienstorganisation nach §§ 17 a oder 17 b mitzuwirken.**

<sup>2</sup> Von der Pflicht gemäss Abs. 1 lit. b sind ausgenommen:

- a. Bezirksärztinnen und -ärzte,
- b. Legalinspektorinnen und -inspektoren gemäss Art. 253 Abs. 1 der Schweizerischen Strafprozessordnung vom 5. Oktober 2007,
- c. andere Berufsangehörige, wenn sie in einer stationären oder ambulanten Institution mit 24-Stunden-Notfallversorgung und Versorgungsaufträgen des Kantons oder von Gemeinden tätig sind und
  1. hauptberuflich dort tätig sind oder
  2. als Belegärztinnen und -ärzte in der öffentlich zugänglichen Notfallstation mitwirken.

<sup>3</sup> Die Pflichten gelten für selbstständig und unselbstständig Tätige.

§ 17 a.<sup>1</sup> Die Standesorganisationen der Berufsgruppen gemäss § 17 Abs. 1 organisieren die zweckmässige Leistung des Notfalldienstes. Bestehen bei einer Berufsgruppe mehrere Standesorganisationen, bezeichnet der Regierungsrat die zuständige Organisation.

<sup>2</sup> Die Direktion stellt den Standesorganisationen die Angaben zu den Notfalldienstpflichtigen zur Verfügung.



<sup>3</sup> Die Standesorganisationen erlassen Notfalldienstreglemente. Diese gelten auch für Mitglieder der Berufsgruppe, die nicht Mitglieder der Standesorganisation sind. Die Reglemente bedürfen der Genehmigung durch die Direktion.

§ 17 b. Kommt die Organisation des Notfalldienstes durch eine Standesorganisation nicht zustande, übernimmt die Direktion die Organisation. Sie kann diese Aufgabe ganz oder teilweise den Gemeinden oder Dritten übertragen. [...]

Kommentar

Der Notfalldienst muss durch die lokalen Akteure organisiert werden. In Affoltern ist dies einerseits die Bezirksärztesgesellschaft «albisdocs»<sup>16</sup> und andererseits die Notfallstation des Bezirksspitals Affoltern.

Bewilligung Spitäler, Pflegeheime, Spitex

### 3. Teil: Spitäler, Pflegeheime und andere Institutionen des Gesundheitswesens

#### 1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

§ 35. <sup>1</sup> Eine Betriebsbewilligung der Direktion ist erforderlich, wenn

- a. Verrichtungen, die nach § 3 dieses Gesetzes bewilligungspflichtig sind, nicht im Namen und auf Rechnung der Inhaberin oder des Inhabers einer persönlichen Berufsbewilligung erbracht werden oder
- b. Spitalbetten oder **mehr als fünf Pflege- oder Altersheimbettenstationär betrieben werden.**

<sup>2</sup> Bewilligungen werden nur für folgende Institutionen erteilt:

- a. Spitäler,
- b. **Altersheime, Alters- und Pflegeheime sowie Pflegeheime, einschliesslich Pflegezentren, Pflegewohnungen, Sterbehospize und andere stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG,**
- c. **Institutionen der spitalexternen Kranken- und Gesundheitspflege (Spitex),**
- d. [...]

<sup>3</sup> Der Regierungsrat kann Bestimmungen über die Höchstzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erlassen, die von ambulanten ärztlichen Institutionen beschäftigt werden dürfen.

Kommentar

Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ist die Instanz für die Betriebsbewilligungen. Dementsprechend müssen auch Alters- und Pflegeheime, Pflegezentren, Pflegewohnungen und andere

<sup>16</sup> Siehe auch [www.albisdocs.ch](http://www.albisdocs.ch)

stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des KVG bewilligt werden. Als Organisation gilt, wenn eine stationäre Einrichtung über mehr als 5 Betten verfügt!

Im ambulanten Pflegebereich braucht es für die Spitex auch eine Bewilligung durch die Direktion.

Voraussetzungen zur Bewilligung

§ 36. <sup>1</sup> Die Bewilligung wird erteilt, wenn die Institution:

- den angebotenen Leistungen entsprechend eingerichtet ist,
- über das für eine fachgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten notwendige Personal verfügt,
- der Direktion eine gesamtverantwortliche Leitung bezeichnet hat und
- der Direktion ein Mitglied der gesamtverantwortlichen Leitung bezeichnet hat, das für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften verantwortlich ist; diese Person muss, ausser im Falle von Altersheimen, über eine Bewilligung gemäss § 3 verfügen, die das Leistungsangebot der Institution fachlich abdeckt.

<sup>2</sup> Im Übrigen gelten die Vorschriften über die Bewilligungserteilung und den Bewilligungsentzug der Berufe im Gesundheitswesen sinngemäss.

Kommentar

Für die Bewilligung einer Institution müssen die üblichen fachlichen und architektonischen Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu bestehen für alle Organisationsformen weitere Bestimmungen. Ausserdem muss eine gesamtverantwortliche Leitung definiert sein.

Gesundheitspolizeiliche Aufsicht

§ 37. <sup>1</sup> **Die Altersheime, die Alters- und Pflegeheime, Pflegeheime sowie die Spitex-Institutionen unterstehen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht des Bezirkrates und der gesundheitspolizeilichen Oberaufsicht der Direktion. Der Bezirksrat erstattet der Direktion jährlich Bericht.**

<sup>2</sup> Die übrigen bewilligungspflichtigen Institutionen unterstehen der gesundheitspolizeilichen Aufsicht der Direktion.

<sup>3</sup> Die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über Säuglings- und Kinderheime, Erziehungsheime, Erholungsheime, Heime für Behinderte und weitere nach diesem Gesetz nicht bewilligungspflichtige Einrichtungen obliegt den Gemeinden unter der Oberaufsicht des Bezirkrates. Kantonale Institutionen unterstehen der Aufsicht der Direktion, die sie betreiben. [...]

Kommentar

Für die Organisationen der Altersversorgung (Pflegeheime und Spitex) fallen die gesundheitspolizeilichen Voraussetzungen besonders ins Gewicht für die Bewilligungen.

Krankentransport  
und Rettungswesen

### 3. Abschnitt: Krankentransport- und Rettungswesen

§ 44. <sup>1</sup> **Die Gemeinden gewährleisten das Krankentransport- und Rettungswesen. Sie können diese Aufgabe Dritten übertragen.**

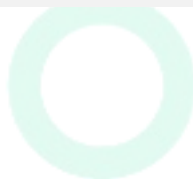
<sup>2</sup> Die Direktion kann Organisations- und Qualitätsvorschriften sowie Einsatzrichtlinien erlassen oder entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

<sup>3</sup> Sie stellt die Vermittlung der Krankentransportdienste und die Alarmierung der Rettungsdienste durch eine oder mehrere vernetzte Alarmzentralen sicher. Sie beschafft und unterhält die für Grossereignisse notwendige Ausrüstung. Sie kann entsprechende Einrichtungen selbst betreiben oder Dritten Leistungsaufträge erteilen.

<sup>4</sup> Die zuständigen Alarmzentralen vermitteln die Krankentransportdienste und alarmieren die Rettungsdienste. Sie sind gegenüber den Rettungsdiensten weisungsberechtigt.

Kommentar Krankentransport und Rettungswesen

Die Gemeinden sind für die Krankentransporte und das Rettungswesen zuständig. Sie können diese Aufgaben an Dritte übertragen. Dem gegenüber ist der Kanton bzw. die Gesundheitsdirektion dafür zuständig, über vernetzte Alarmzentralen sicherzustellen und die Strukturen für Grossereignisse aufzubauen.



## 10.1.2 Pflegegesetz Kanton Zürich 855.1

Grundlagen	Das Gesundheitsgesetz beschreibt die Sicherstellung der Versorgung mit Pflegeleistungen und die Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen und in der Spitex (Regierungsrat Kanton Zürich, 2010).
Gesetze und Kommentare	In der Folge werden die relevanten Artikel aus dem Pflegegesetz abgebildet. Die besonders zentralen Punkte werden rot markiert und im Anschluss jeweils kurz kommentiert aus der Sicht der Stadt Affoltern.
Gegenstand	<p><b>1. Abschnitt: Allgemeines</b>  <b>Gegenstand und Geltungsbereich</b></p> <p>§1. <sup>1</sup> Dieses Gesetz bezweckt die <b>Sicherstellung der Versorgung mit Pflegeleistungen</b> sowie mit <b>Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen</b> und durch <b>spitalexterne Krankenpflege</b> (Spitex). [...]</p>
Direktion, Gemeinde	<p>§2. <sup>1</sup> Direktion im Sinne dieses Gesetzes ist die für das Gesundheitswesen zuständige Direktion des Regierungsrates.  <sup>2</sup> Gemeinde im Sinne dieses Gesetz ist die Gemeinde, in der die Leistungsbezügerin oder der Leistungsbezüger <b>zivilrechtlichen Wohnsitz</b> hat. §9 Abs. 5 bleibt vorbehalten.</p>
Kommentar	<p>Das Pflegegesetz regelt die Versorgung mit ambulanten und stationären Pflegeleistungen in Abgrenzung der in Kliniken und Spitäler erbrachten Leistungen.  Für die Leistungsempfänger ist jeweils die Wohnsitzgemeinde für die Zuständigkeit und die Finanzierung verbindlich.</p>
KVG-Finanzierungsanteil der Gemeinden Gegenstand	<p>§3. Der Regierungsrat legt den nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) für alle Kantons-einwohnerinnen und -einwohner geltenden <b>Anteil der Gemeinden an den Vergütungen für Leistungen der Akut- und Übergangspflege</b> fest.</p>
Kommentar	<p>Die Akut- und Übergangspflege wird nach einer separaten Logik finanziert. Die Spielregeln dazu werden von der Gesundheitsdirektion festgelegt.</p>
Pflegeheimliste	<p>§4. <sup>1</sup> Der Regierungsrat erlässt gestützt auf das KVG eine <b>Pflegeheimliste</b>.  <sup>2</sup> Er kann die Zuständigkeit zur Aktualisierung der Liste an die Direktion delegieren.</p>

Kommentar

Die Pflegeheimliste wird erstellt als Instrument der Steuerung der Pflegebetten. Darin enthalten sind die Menge der Betten und weitere Spezifikationen wie Spezialisierungen.

Angebot

2. Abschnitt: Angebot

§ 5. <sup>1</sup> Die Gemeinden sorgen für eine **bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung** ihrer Einwohnerinnen und Einwohner. Sie betreiben zu diesem Zweck **eigene Einrichtungen** oder beauftragen von Dritten betriebene Pflegeheime und Spitex-Institutionen oder selbstständig tätige Pflegefachpersonen.

<sup>2</sup> Sie stellen sicher:

- a. **Pflegeleistungen** gemäss der Sozialversicherungsgesetzgebung des Bundes,
- b. Leistungen der **Akut- und Übergangspflege** gemäss KVG,
- c. notwendige Leistungen für **Unterkunft, Verpflegung und Betreuung** in Pflegeheimen,
- d. notwendige Leistungen im **hauswirtschaftlichen und betreuerischen Bereich** für Personen, die wegen Krankheit, Mutterschaft, Alter, Unfall oder Behinderung nicht in der Lage sind, ihren Haushalt selbstständig zu führen (nicht pflegerische Spitex-Leistungen).

<sup>3</sup> Die Direktion kann nach Anhörung der Gemeinden und der Fachverbände der Leistungserbringer Vorschriften über das Angebot und die Qualität der Leistungserbringung erlassen. Sie kann entsprechende Verbandsrichtlinien verbindlich erklären.

Kommentar

Hier erhält die Gemeinde den vollumfänglichen Versorgungsauftrag für die Pflegeleistungen einschliesslich der hauswirtschaftlichen Aufgaben (nicht-pflegerische Leistungen). Dazu kann die Gemeinde eigene Betriebe führen oder Dritte (Private) damit beauftragen.

Vermittlung von Ersatzangeboten

§ 6. Kann eine pflegebedürftige Person nicht durch Leistungserbringer gemäss §5 Abs. 1 versorgt werden, vermittelt die Gemeinde auf Verlangen dieser Person innert angemessener Frist einen anderen Leistungserbringer. [...]

Kommentar

Die Gemeinde hat die Pflicht, Ersatzangebote zu vermitteln, wenn die notwendigen Leistungen nicht erbracht werden kann. Konkret kann dies bedeuten, dass z.B. ein Nachteinsatz, der von der öffentlichen Spitex nicht erbracht werden kann, an eine private Organisation vermittelt werden muss.

Planung der Pflegeheimplätze §8. **Die Gemeinde plant ihr Angebot an Pflegeheimplätzen nach anerkannten Methoden.** Die Direktion kann dazu Vorschriften erlassen oder eine Methode verbindlich erklären.

Kommentar Die Zuständigkeit für die Planung der Pflegeheimplätze und damit für die Einschätzung des aktuellen und zukünftigen Bedarfs liegt bei der Gemeinde.

Finanzierung 3. Abschnitt: Finanzierung  
A. Im Allgemeinen

Pflichtleistungen §9. <sup>1</sup> Die **Kosten der Pflegeleistungen** gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der **Versicherer**.

<sup>2</sup> **Die verbleibenden Kosten** werden bei Pflegeleistungen von **Pflegeheimen** im gemäss Art. 25 a Abs. 5 KVG **höchstzulässigen Umfang** und bei **Pflegeleistungen ambulanter Leistungserbringer zur Hälfte des höchstzulässigen Umfangs** den Leistungsbezügerinnen und -bezüger überbunden. Für Personen bis zum vollendeten 18. Altersjahr wird keine entsprechende Kostenbeteiligung erhoben.

<sup>3</sup> **Die Gemeinden können diese Kostenbeteiligung ganz oder teilweise übernehmen.**

<sup>4</sup> Die **restlichen Kosten** sind bei Leistungserbringern gemäss §5 Abs. 1 **von der Gemeinde zu tragen.**

<sup>5</sup> Bei Pflegeleistungen von Pflegeheimen sind die **Gemeindebeiträge von der Gemeinde** zu leisten, in der die pflegebedürftige Person vor dem Eintritt in das Pflegeheim ihren **zivilrechtlichen Wohnsitz** hatte. **Der Aufenthalt in einem Pflegeheim begründet keine neue Zuständigkeit.**

Kommentar Die Verteilung der Kosten ist auf drei Stufen geregelt:

- I. Krankenversicherung gemäss KVG
- II. Leistungsbezüger
  - a. Im Pflegeheim: höchstzulässiger Umfang
  - b. Bei der Spitex: 50% des höchstzulässigen Umfangs
- III. Gemeinde

Die Gemeinde übernimmt dabei die Restkosten. Sie darf auch die Kostenbeteiligungen der Leistungsbezüger in höherem Umfang übernehmen.

Hier wird noch einmal darauf hingewiesen, dass ein Eintritt in ein Pflegeheim ausserhalb der Gemeinde keine Änderung des zivilrechtlichen Wohnsitzes zur Folge haben muss.



Akut- und Übergangspflege

§10. <sup>1</sup> Die gemäss KVG zu vergütenden Pauschalen für Leistungen der **Akut- und Übergangspflege** werden anteilmässig nach §3 vom Krankenversicherer und der Gemeinde übernommen.  
<sup>2</sup> Die Gemeinde entrichtet ihren Anteil direkt dem Leistungserbringer.

Kommentar

Die Akut- und Übergangspflege ist vorgesehen für eine Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt. Sie ist auf 14 Tage begrenzt und muss vom zuständigen Spitalarzt verordnet werden. Während dieser 14 Tage werden die Kosten zwischen Krankenversicherung und Gemeinde aufgeteilt. Der Leistungsbezüger muss keinen Beitrag zur Finanzierung leisten.

Weitere Pflichtleistungen

§11. Die Kosten weiterer Pflichtleistungen gehen im von der Bundesgesetzgebung über die Sozialversicherung vorgeschriebenen Umfang zulasten der Versicherer.

Kommentar

Kein Kommentar

Andere Leistungen



§12. <sup>1</sup> Die Kosten für andere Leistungen des Pflegeheims wie **Unterkunft, Verpflegung und Betreuung** gehen zulasten der Leistungsbezügerin oder des Leistungsbezügers. Die Gemeinden können diese Kosten ganz oder teilweise übernehmen.  
<sup>2</sup> Pflegeheime, die gemäss §5 Abs. 1 von einer oder mehreren Gemeinden betrieben werden oder beauftragt sind, verrechnen bei Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Gemeinden für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung höchstens **kostendeckende Taxen**. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus.

Kommentar

In der Regel werden drei Bereiche bei der stationären Pflege unterschieden: Pflege, Pension (Unterkunft und Verpflegung) und Betreuung. Die §9 – 11 regeln Finanzierung der Pflegekosten. In §12 werden nun die beiden anderen Bereich geregelt: hier müssen vom Leistungsbezüger sämtliche Kosten übernommen werden. Die Gemeinde kann dies teilweise oder ganz übernehmen.

Nicht-pflegerische Spitex-Leistungen (in der Regel hauswirtschaftliche Leistungen HWL)

§13. <sup>1</sup> Die ambulanten Leistungserbringer gemäss §5 Abs. 1 verrechnen den Leistungsbezügerinnen und -bezüger insgesamt **höchstens die Hälfte des anrechenbaren Aufwandes** ihrer Organisation für **nichtpflegerische Spitex-Leistungen** gemäss §5 Abs. 2 lit. d. Sie weisen die Einhaltung dieser Vorgabe in der Jahresrechnung aus.  
<sup>2</sup> Die Gemeinden können die Kostenbeteiligung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger nach Massgabe deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ganz oder teilweise übernehmen.



<sup>3</sup> **Die restlichen Kosten gehen zulasten der Gemeinde.**

<sup>4</sup> Nichtpflegerische Spitex-Leistungen, die nicht von Leistungserbringern gemäss §5 Abs. 1 erbracht werden, gehen vollumfänglich zulasten der Leistungsbezüglerinnen und -bezügler.

**Kommentar**

Die Hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex müssen vom Arzt verordnet werden. Die Leistungsbezügler beteiligen sich mit maximal 50% an den Kosten, der Rest wird von der Gemeinde finanziert.



### 10.1.3 Verordnung über die Pflegeversorgung 855.11

Grundlagen	Die Verordnung über die Pflegeversorgung (Regierungsrat Kanton Zürich, 2010) wird nun noch eine Stufe konkreter und beschreibt die Angebote und die Anforderungen.
Gesetze und Kommentare	In der Folge werden die relevanten Artikel aus dem Pflegegesetz abgebildet. Die besonders zentralen Punkte werden rot markiert und im Anschluss jeweils kurz kommentiert aus der Sicht der Stadt Affoltern.
Gegenstand und Zweck	<p>§1. <sup>1</sup> Die Verordnung legt das <b>minimale Angebot</b> der Gemeinden an Leistungen der Pflegeversorgung gemäss §5 Abs.2 Pflegegesetz fest (<b>Standardangebot</b>).</p> <p><sup>2</sup> Die Leistungen werden so festgelegt und erbracht, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. die <b>Selbstständigkeit und Eigenverantwortung</b> von Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gefördert, erhalten und unterstützt werden,</li> <li>b. <b>stationäre Aufenthalte möglichst vermieden oder hinausgezögert und Pflegeheimaustritte nach Hause unterstützt werden.</b></li> </ol>
Geltungsbereich	<p>§2. <sup>1</sup> Die Verordnung gilt für die Gemeinden und für die von ihnen betriebenen oder beauftragten Leistungserbringer im Kanton.</p> <p><sup>2</sup> Bei ausserkantonalen Leistungserbringern ist die Gemeinde verpflichtet, die Vorgaben gemäss dieser Verordnung vertraglich einzufordern.</p>
Kommentar	<p>Die Verordnung formuliert das minimale Angebot und legt gleichzeitig fest, dass Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Betroffenen erhalten werden soll.</p> <p>Ausserdem wird festgeschrieben, dass der Grundsatz «ambulant vor stationär» möglichst weitreichend umgesetzt werden soll.</p>
Versorgungsauftrag der Gemeinden	<p>§3. <sup>1</sup> Der Versorgungsauftrag der Gemeinden umfasst das <b>gesamte Leistungsspektrum</b> der Pflegeversorgung nach § 5 Abs. 2 Pflegegesetz. Dazu gehören auch Leistungen an Personen mit demenziellen Erkrankungen oder mit onkologischen oder psychiatrischen Diagnosen, die palliative Pflegeversorgung sowie im ambulanten Bereich pädiatrische Leistungen.</p> <p><sup>2</sup> Die Gemeinde erstellt ein umfassendes <b>Versorgungskonzept</b> für Leistungen, die in Pflegeheimen oder bei den Leistungsbezügerinnen oder -bezügern zu Hause erbracht werden (stationärer bzw. ambulanter Bereich). Das Konzept berücksichtigt neben dem Leistungsangebot auch</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. die <b>Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung,</b></li> <li>b. die <b>Nahtstellen zwischen Pflege- und Akutversorgung,</b></li> </ol>

c. eventuell vorhandene Verbandsrichtlinien.

<sup>3</sup> Die kommunale Informationsstelle nach §7 Pflegegesetz erteilt Auskunft über das generelle und das aktuell verfügbare Angebot der Gemeinde.

Kommentar

Der Versorgungsauftrag der Gemeinde ist vollumfassend. Jede Gemeinde muss sich überlegen, wie alle Bedarfssituationen gelöst werden können. Dies bedeutet, dass sie bei Spezialisierungen, die im gemeindeeigenen Betrieb nicht angeboten werden (z.B. Psychiatrie oder Palliation) mit anderen Organisationen Leistungsvereinbarungen eingehen sollte.

Dazu wird ein Versorgungskonzept erstellt, das diese Angebote sicherstellt und gleichzeitig die Nahtstellen klärt.

Standardangebot

§4. <sup>1</sup> Das Standardangebot an pflegerischen Leistungen im stationären und im ambulanten Bereich umfasst

- a. die **Pflegeleistungen** gemäss Art.7 Abs. 2 Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (KLV), die aufgrund einer schriftlich festgehaltenen **Bedarfsabklärung** auf **ärztliche Anordnung** hin oder im ärztlichen Auftrag erbracht werden,
- b. die Leistungen der **Akut- und Übergangspflege** gemäss Art. 7 Abs. 2 und 3 KLV, die aufgrund einer Bedarfsabklärung nach einem Spitalaufenthalt auf spitalärztliche Anordnung während **längstens zwei Wochen** erbracht werden.

<sup>2</sup> Die Leistungen der Pflegeheime sind **über alle Stufen der Pflegebedürftigkeit** hinweg sicher zu stellen.

Kommentar

Das Standardangebot entspricht dem Auftrag gemäss KLV. Daran geknüpft sind Bedarfsabklärung (z.B. BESA oder RAI), eine ärztliche Verordnung und die Sicherstellung aller notwendigen Leistungen (Qualifikation und Personalressourcen).

Unterkunft und  
Verpflegung im  
Pflegeheim

§ 5. Das Standardangebot an Unterkunft und Verpflegung bei stationärem Aufenthalt umfasst:

- a. im Bereich Unterkunft:
  1. Benutzung eines Ein- oder Mehrbettzimmers samt Pflegebett, Ablage- und Staumöglichkeiten sowie geeignete sanitäre Einrichtungen,
  2. Tägliches Betten, Zimmer aufräumen und Grobreinigung der Nasszelle sowie wöchentliche Zimmer- und Nasszellenreinigung,
  3. Besorgung der Bett- und Frottéwäsche und der persönlichen Wäsche;
- b. im Bereich Verpflegung:

1. Täglich drei bedarfsgerechte Mahlzeiten, davon mindestens eine warm,
2. Genügend warme und kalte Getränke während und zwischen den Mahlzeiten.

**Kommentar**

Kein Kommentar

**Alltagsgestaltung  
und Betreuung im  
Pflegeheim**

§6. Das Standardangebot an Alltagsgestaltung und Betreuung bei stationärem Aufenthalt umfasst:

- a. im Bereich Alltagsgestaltung:
  1. Organisation kultureller und gesellschaftlicher Anlässe, die allen Leistungsbezügerinnen und -bezüger offenstehen,
  2. Förderung von sozialen Kontakten,
  3. Rücksichtnahme auf religiöse bzw. spirituelle Bedürfnisse der Leistungsbezügerinnen und -bezüger,
  4. Einräumung von Besuchszeiten zwischen 9.00 und 21.00 Uhr,
  5. Schaffung eines angemessenen Rahmens für Sterbende und Ermöglichung von Abschiedsritualen;
- b. im Bereich Betreuung: Notwendige individuelle Leistungen.

**Kommentar**

Kein Kommentar

**Nichtpflegerische  
Spitex-Leistungen**

§7. 1 Das Standardangebot an ambulant erbrachten nichtpflegerischen Leistungen umfasst die zur Alltagsbewältigung der Leistungsbezügerinnen und -bezüger notwendigen hauswirtschaftlichen und betreuenden Leistungen. Es umfasst:

- a. im Bereich Wohnen und Haushalt:
  1. Haushalt organisieren, wie Einkauf planen und Organisation der Wäsche,
  2. Tägliche Haushaltsarbeiten, wie Sichtreinigung, Briefkasten leeren und Heizen,
  3. Wöchentliche Unterhaltsreinigung, wie Abfall entsorgen und Wochenkehr,
  4. Kleiderpflege, wie Waschen und Bügeln,
  5. Tierpflege, solange diese nicht anderweitig organisiert werden kann;
- b. im Bereich Verpflegung:
  1. Menüplan aufstellen,
  2. Mahlzeitendienst organisieren und Mahlzeiten aufbereiten,
  3. Einkaufen, bei Bedarf zusammen mit der Leistungsbezügerin oder dem Leistungsbezüger;
- c. im Bereich Diverses:
  1. Gehbegleitung ausserhalb der Wohnräumlichkeiten,

2. Auswärtige Besorgungen,
3. Erledigung kleiner administrativer Arbeiten,
4. Säuglings- oder Kinderbetreuung.

<sup>2</sup> Die Leistungen erfolgen aufgrund einer vom Leistungserbringer schriftlich festgehaltenen **Bedarfsabklärung**. **Sie werden nur erbracht, soweit die Leistungsbezügerinnen und -bezüger selbst oder ihr soziales Umfeld sie nicht erbringen können** (Subsidiaritätsprinzip).

**Kommentar**

Diese Betreuungsaufgaben werden ausschliesslich bei Situationen erbracht, bei denen aus gesundheitlichen Gründen ein Bedarf entsteht. Es handelt dabei nicht um sozial-motivierte Betreuung. Die Einschätzung, ob das Umfeld diese Leistungen nicht erbringen kann, ist kaum möglich. In der Regel wird hier eine subjektive Einschätzung bei der Bedarfsabklärung vorgenommen.

**Anspruchsberechtigung und Verfügbarkeit von ambulanten Leistungen**

§8. <sup>1</sup> Ambulante Leistungen gemäss §§4 und 7 können beanspruchen:

- a. körperlich oder psychisch kranke, behinderte, verunfallte, rekonvaleszente oder sterbende Personen jeden Alters,
- b. Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt eines Kindes,
- c. Personen, die sich in einer vorübergehenden physischen oder psychischen Risikosituation befinden.

<sup>2</sup> Die Gemeinden stellen sicher, dass

- a. die Leistungen an allen Tagen der Woche zwischen 7.00 und 22.00 Uhr angeboten werden,
- b. neue Einsätze innerhalb von 24 Stunden nach der Anmeldung ausgeführt werden,
- c. die Leistungserbringer von Montag bis Freitag (ohne Feiertage) von 8.00–12.00 Uhr und von 14.00–17.00 Uhr telefonisch erreichbar sind.

**Kommentar**

Diese Vorgaben für die Spitex definieren alle Leistungsberechtigungen. Bei der Verfügbarkeit wird die Leistung zwischen 22.00 und 07.00 nicht eingefordert. Diese «Lücke» kann für die Betroffenen zu einem Eintritt in ein Pflegeheim führen.

Die telefonische Erreichbarkeit wird hier vorgegeben. Bei vielen Spitexorganisationen besteht lediglich ein Anrufbeantworter, eine direkte Erreichbarkeit ist oft nur während weniger Stunden möglich.

**Qualitätssicherung**

§9. <sup>1</sup> Die Qualität der Pflegeversorgung richtet sich nach den anerkannten Regeln der Berufsausübung.

<sup>2</sup> Die Leistungserbringer beteiligen sich an Vorkehrungen zur Qualitätssicherung im Sinne von Art. 77 der Verordnung vom 27. Juni

1995 über die Krankenversicherung (KVV). Die Mindestanforderungen an die qualitätssichernden Massnahmen umfassen Massnahmen im Bereich

- a. Ressourcen und Strukturen,
- b. Prozesse,
- c. Ergebnisse der Leistungserbringung.

<sup>3</sup> Die Leistungserbringer stellen sicher, dass mit Reklamationen und Verbesserungsvorschlägen von Leistungsbezügerinnen und -bezügern sowie deren Bezugspersonen sachgerecht umgegangen wird.

**Kommentar**

Kein Kommentar

**Umgang mit Leistungsbezügerinnen und -bezügern**

§10. <sup>1</sup> Die Gemeinden stellen sicher, dass die Leistungserbringer

- a. das Patientinnen- und Patientengesetz vom 5. April 2004 beachten,
- b. die Persönlichkeit und die Privatsphäre der Leistungsbezügerinnen und -bezüger schützen,
- c. dem Recht auf Selbstbestimmung, dem Gleichbehandlungsgebot sowie dem Informations- und Sicherheitsbedürfnis der Leistungsbezügerinnen und -bezüger gebührend Rechnung tragen.

<sup>2</sup> Tritt eine Person in ein Pflegeheim ein, bespricht der Leistungserbringer mit ihr das Thema der Patientenverfügung. Auf Wunsch der eintretenden Person nehmen Bezugspersonen an der Besprechung teil. Das Ergebnis der Besprechung wird dokumentiert und zu den Akten genommen.

<sup>3</sup> Die Gemeinde stellt sicher, dass die Leistungsbezügerinnen und -bezüger über wichtige Änderungen der Pflegeversorgung und -finanzierung informiert werden.

**Kommentar**

Kein Kommentar

**Pflichtverletzungen der Leistungsbezügerinnen und -bezüger**

§11. <sup>1</sup> Bevor ein Leistungserbringer die Leistungen zufolge Beschimpfung, Bedrohung, Belästigung oder anderweitiger Gefährdung durch eine Leistungsbezügerin oder einen Leistungsbezüger oder zufolge erheblicher Zahlungsausstände einstellt, informiert er die Gemeinde.

<sup>2</sup> Er trifft geeignete Massnahmen oder unterstützt die Gemeinde bei der Suche nach einem geeigneten Leistungserbringer. Soweit erforderlich, spricht er sich dazu mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt ab.

**Staatsbeitragsberechtigung**

§12. Staatsbeitragsberechtigt im Sinne von §9 Abs. 4, §10 Abs. 3 und §13 Abs. 3 Pflegegesetz sind ausschliesslich die in §§4 und 7 aufgeführten Leistungen.

Übergangsbestimmungen

§13. Die Gemeinden erstellen das Versorgungskonzept gemäss §3 Abs. 2 spätestens bis 31. Dezember 2011





# 10.2 Anhang 1: Spitalliste 2018



Zürcher Spitalliste 2012 Akutomatic (Version 2018.2; ab 1. Januar 2018)

Leistungsgruppe	Leistungsgruppe (LA)	Leistungsanbieter
<b>Leistungsbereich</b>	<b>Leistungsgruppe (LA)</b>	
<b>Bestechnik</b>	BPE Bestechnik für elektrische Leistungsbringer	
<b>Dermatologie</b>	DER1 Dermato-logie (inkl. Dermatohistopathologie)	
	DER1.1 Dermatologische Onkologie	
	DER1.2 Schwere Hauterkrankungen	
	DER2 Wundheilung	
<b>Hals-Nasen-Ohren</b>	HN01 Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	
	HN01.1 Hals- und Gesichtschirurgie	
	HN01.1.1 Komplexe Halsentzündungen (Intra- und Extralaryngeal)	
	HN01.1.2 Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	
	HN01.2 Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Daueröffnung	
	HN01.3 Mittelohrchirurgie	
	HN01.3.1 Erweiterte Ohrchirurgie mit Innen- und/oder Daueröffnung	
	HN01.3.2 Cochlea Implantate (CI/HSI)	
	HN02 Stimml- und Stimmritzungschirurgie	
	HN03 Kehlkopfchirurgie	
<b>Neurochirurgie</b>	NCH1 Krania Neurochirurgie	
	NCH1.1 Spezifische Neurochirurgie	
	NCH1.1.1 Behandlungen von vaskulären Erkrankungen des ZNS (VNSM)	
	NCH1.1.2 Stereotaktische funktionelle Neurochirurgie (FNSM)	
	NCH1.1.3 Epileptochirurgie (EHSM)	
	NCH2 Spinal Neurochirurgie	
	NCH2.1 Primäre und sekundäre intramedulläre Raumforderungen (VNSM)	
	NCH3 Peripherie Neurochirurgie	
<b>Neurologie</b>	NEU1 Neurologie	
	NEU2 Sekundäre fokale Neubildung des Nervensystems	
	NEU2.1 Primäre Neubildung des ZNS (ohne Fallalterpatienten)	
	NEU2.2 Zerebrale fokale Störungen im Stroke Center (VNSM)	
	NEU3 Zerebrale fokale Störungen im Stroke Center (VNSM)	
	NEU4 Epileptologie Komplex-Diagnostik	
	NEU4.1 Epileptologie Komplex-Behandlung	
	NEU4.2 Epileptologie Prä- und intraoperative Epileptodiagnostik (VNSM)	
<b>Ophthalmologie</b>	AUG1 Ophthalmologie	
	AUG1.1 Strabologie	
	AUG1.2 Orbita, Lidie, Tränenwege	
	AUG1.3 Spezifische Vorderaugenchirurgie	
	AUG1.4 Katarakt	
	AUG1.5 Glaukom/Netzhautprobleme	
<b>Endokrinologie</b>	EN1 Endokrinologie	
<b>Gastroenterologie</b>	GA1 Gastroenterologie	
	GA1.1 Spezialisierte Gastroenterologie	
<b>Viszeralchirurgie</b>	VIS1 Viszeralchirurgie	
	VIS1.1 Grosse Pankreasresektion (VNSM)	
	VIS1.2 Grosse Leberresektion (VNSM)	
	VIS1.3 Cholezystektomie (VNSM)	
	VIS1.4 Bariatrische Chirurgie	
	VIS1.4.1 Spezifische Bariatrische Chirurgie (VNSM)	
	VIS1.5 Tolle Rektumresektion (VNSM)	
<b>HämATOlogie</b>	HA1 Aggressive Lymphome und akute Leukämien	
	HA1.1 Hoch-aggressive Lymphome u. akute Leukämien	
	HA2 Indolente Lymphome und chronische Leukämien	
	HA3 Myeloproliferative Erkrankungen / Myelodysplastische Syndrome	
	HA4 Autologe Blutstammzelltransplantation (VNSM)	
<b>Onkologie</b>	ON1 Aggressive Blutzellenneoplasien (VNSM)	
	ON2 Gefässchirurgie peripheres Gefäss (arteriell)	
	ON3 Interventionen peripheres Gefäss (arteriell)	
	ON4 Interventionen und Gefässchirurgie erkrankter Gefässe	
	ON5 Gefässchirurgie Carotis	
	ON6 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe	
	ON7 Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)	
<b>Herz</b>	HER1 Einfache Herzchirurgie	
	HER1.1 Herzchirurgie und Gefässchirurgie mit Herdungsmaßnahmen	
	HER1.1.1 Koronarresektion (CABG)	
	HER1.2 Komplexere koronare Herzchirurgie	
	HER1.3 Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	
	HER1.4 Offene Eingriffe an der Aorta/Brusthöhle	
	HER1.5 Offene Eingriffe an der Mittellappe	
	KAR1 Kardiologie (inkl. Schrittmacher)	
	KAR1.1 Interventionelle Kardiologie (Koronarangiografie)	
	KAR1.1.1 Interventionelle Kardiologie (Spezialangiografie)	
	KAR1.2 Elektrophysiologie (Ablationen)	
	KAR1.3 Implantierbare Cardioverter Defibrillator / CRT	
<b>Herzchirurgie</b>	HEP1 Herzchirurgie (Koronarresektion)	
<b>Urologie</b>	URO1 Urologie ohne Schwerpunktschwerpunkte	
	URO1.1 Urologie mit Schwerpunktschwerpunkten	
	URO1.1.1 Rücklage Prostektomie	
	URO1.1.2 Radikale Zystektomie	
	URO1.1.3 Komplexe Chirurgie der Niere	
	URO1.1.4 Isolierte Adrenektomie	
	URO1.1.5 Implantation eines künstlichen Harnblinderhakens	
	URO1.1.6 Perit. Nephrektomie mit Deszitation von Stomat.	
<b>Pneumologie</b>	PNE1 Pneumologie	
	PNE1.1 Pneumologie mit spez. Beatmungsstrategie	
	PNE1.2 Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	
	PNE1.3 Cystische Fibrose	
	PNE2 Pulmologischer	
<b>Thoraxchirurgie</b>	THO1 Thoraxchirurgie	
	THO1.1 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (durative Resektion)	
	THO1.2 Mediastinalchirurgie	
<b>Transplantation</b>	TL1 Herztransplantation (VNSM)	
	TL2 Lungentransplantation (VNSM)	
	TL3 Lebertransplantation (VNSM)	
	TL4 Pankreastransplantation (VNSM)	
	TL5 Nierentransplantation (VNSM)	
	TL6 Darmtransplantation	
	TL7 Multiorgantransplantation	
<b>Bewegungsapparat</b>	BEW1 Chirurgie Bewegungsapparat	
<b>Orthopädie</b>	BEW2 Orthopädie	
	BEW3 Handchirurgie	
	BEW4 Arthroskopie der Schulter und des Ellenbogens	
	BEW5 Arthroskopie des Knies	
	BEW6 Rekonstruktion eines Extremität	
	BEW7 Rekonstruktion untere Extremität	
	BEW8 Endoprothese Hüfte	
	BEW9 Endoprothese Knie	
	BEW10 Endoprothese Hüfte- und Kniegelenken	
	BEW11 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	
	BEW12 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	
	BEW13 Kniearthroskopie	
	BEW14 Rekonstruktion	
<b>Rheumatologie</b>	RHE1 Rheumatologie	
<b>Gynäkologie</b>	GYN1 Gynäkologie	
	GYN1.1 Spezialisierte Gynäkologie	
	GYN1.2 Spezialisierte Gynäkologie	
	GYN1.3 Spezialisierte Gynäkologie	
<b>Geburthilfe</b>	GE1 Geburtshilfe	
	GE1.1 Spezialisierte Geburtshilfe (ab GA 35 07 SSW und GG 2000g)	
	GE1.2 Geburtshilfe (ab GA 32 07 SSW und GG 1250g)	
	GE1.3 Spezialisierte Geburtshilfe	
<b>Neugeborene</b>	NEO1 Grundversorgung Neugeborene Geburtshaus (ab 37 SSW und GG 2000g)	
	NEO2 Grundversorgung Neugeborene (ab GA 35 07 SSW und GG 2000g)	
	NEO3 Neonatologie (ab GA 32 07 SSW und GG 1250g)	
	NEO4.1 Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 07 SSW und GG 1000g)	
	NEO4.1.1 Hochspezialisierte Neonatologie (GA < 28 07 SSW und GG < 1000g)	
<b>(Radio-) Onkologie</b>	ONK1 Onkologie	
	ONK2 Radio-Onkologie	
<b>Sichere Verletzungen</b>	UNF1 Unfallchirurgie (Polytrauma)	
	UNF1.1 Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)	
	UNF2 Ausgedehnte Verletzungen (VNSM)	
<b>Querschnittsberreich</b>	KIN1 Kinderambulanz	
	KIN2 Kinderchirurgie	
	KIN3 Basis-Kinderchirurgie	
	GER Akutes Care Kompetenzzentrum	
	PAL Palliative Care Kompetenzzentrum	