

## Fakten

# Fallzahlen in Spitäler und Kliniken für ausgewählte Eingriffe im Jahr 2023

## 1 Management Summary

Je häufiger ein bestimmter Eingriff in einem Spital durchgeführt wird, desto geringer ist das Risiko für Komplikationen (Stanley Kalata, et al., 2024) (Siddharth Jain, et al., 2024) (William T. Julian MS, 2024) (Wang, et al., 2023).

Um die hohe Behandlungsqualität und Patientensicherheit im Schweizer Gesundheitswesen langfristig zu sichern, ist eine verbindliche interkantonale Spitalplanung unerlässlich, die auch die Leistungsverträge (Spitallisten) der Kantone an die Spitäler untereinander koordiniert und gemeinsam vergibt. Ein solches Denken in grösseren, überregionalen Versorgungsräumen ermöglicht eine fachliche Konzentration und Spezialisierung der stationären Leistungen und stellt so die notwendigen Mindestfallzahlen in den Spitälern sicher. Dadurch wird nicht nur eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung gewährleistet.

Auch ermöglicht eine solche interkantonal verbindlich koordinierte Spitalplanung zusammen mit der fachlichen Spezialisierung und verstärkten Ambulantisierung (EFAS) einen verantwortungsvollen Umgang mit den begrenzten Ressourcen und Fachkräften. Kostenintensive und unnötige Doppelinfrastrukturen, nicht ausgelastete Überkapazitäten und Fehlanreize sowie das daraus resultierende massive Kostenwachstum können vermieden und so die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler nachhaltig entlastet werden.

Die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat im November 2025 ebenfalls einen Dreiphasenplan zur verstärkten interkantonalen Zusammenarbeit und Konzentration in der Spitalplanung verabschiedet. Dieser sieht eine schweizweite Bedarfsanalyse und -prognose für stationäre medizinische Leistungen vor, deren Einteilung in Grund- und Spezialversorgung sowie schweizweit einheitliche Kriterien für die Leistungen in der Spezialversorgung.

Die vorliegende Analyse verdeutlicht die Dringlichkeit einer entsprechenden Reform. Parallel dazu verlangt das nationale Parlament vom Bundesrat Gesetzesänderungen für eine verbindliche interkantonal koordinierte Spitalplanung.

Im Rahmen der vorliegenden Auswertung hat prio.swiss 21 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) analysiert, für welche die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren Mindestfallzahlen für operative Eingriffe definiert hat. Das Resultat: In keiner von insgesamt 21 SPLG erreichen

sämtliche Spitalbetriebe die empfohlenen Mindestfallzahlen. 42 Prozent der Spitalbetriebe verpassen die Mindestfallzahlen in über 50 Prozent der untersuchten SPLG, rund sieben Prozent sogar in allen. Verglichen mit den Zahlen aus dem Jahr 2022, fallen die Mindestfallzahlen bei 6 von 21 SPLG sogar noch tiefer aus. Besonders deutlich ist der Rückgang mit 20% bei den SPLG «Komplexe kongenitale Herzchirurgie», wobei aufgrund der geringen Anzahl beteiligter Spitalbetriebe einzelne Veränderungen einen vergleichsweisen starken Effekt auf die prozentualen Anteile haben können.

Die festgestellten nicht erreichten Mindestfallzahlen sind dabei nicht als individuelles Versagen einzelner Spitäler zu interpretieren, sondern sind Ergebnis eines historisch gewachsenen, kantonal fragmentierten Planungssystems.

# 1 Inhalt

<b>1</b>	<b>Management Summary .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Methodik .....</b>	<b>4</b>
2.1	Mindestfallzahlen.....	4
2.2	Spitalplanungs-Leistungsgruppen .....	4
2.3	Mindestfallzahlen pro Spitalbetrieb vs. Spitalstandort .....	5
2.4	Fallzahlen pro SPLG.....	5
<b>3</b>	<b>Resultate .....</b>	<b>6</b>
3.1	Übersicht der Fallzahlen und Erfüllung der Mindestfallzahlen .....	6
3.2	Anteil erreichter Mindestfallzahlen pro Spitalbetrieb .....	7
3.3	Abbildungen und Tabellen.....	8
3.4	Sensitivitätsanalyse (Ausschluss seltener Eingriffe) .....	12
3.5	Verteilung und Erfüllung der Mindestfallzahlen auf Spitelebene pro SPLG .....	15
<b>4</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>37</b>

## 2 Methodik

### 2.1 Mindestfallzahlen

Die Angaben zu den Mindestfallzahlen (MFZ) basieren auf den leistungsspezifischen Anforderungen des Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzepts (SPLG) der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD-ZH). Diese Informationen sind den öffentlich zugänglichen Unterlagen zur aktuellen Spitalplanung des Kantons Zürich entnommen (vgl. Aktuelle Spitalplanung | Kanton Zürich [zh.ch]).

Für bestimmte Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) definiert die GD-ZH verbindliche Mindestfallzahlen. Diese dienen der Sicherstellung einer ausreichenden Erfahrung und Qualität in der Leistungserbringung und bilden somit eine zentrale Grundlage für die Beurteilung der Versorgungsstrukturen im Kanton.

### 2.2 Spitalplanungs-Leistungsgruppen

Das Klassifikationssystem der Spitalplanungs-Leistungsgruppen wurde vor über zehn Jahren von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD-ZH) unter Einbezug zahlreicher Fachexperten entwickelt. An der Erarbeitung waren über 100 Fachärztinnen und Fachärzte sowie rund 20 Spitäler beteiligt. Seither bildet dieses System die Grundlage für die Spitalplanung im Kanton Zürich.

Das SPLG-System umfasst rund 150 Leistungsgruppen, für die jeweils spezifische Anforderungen definiert sind. Die Zuordnung medizinischer Leistungen zu den entsprechenden SPLG erfolgt anhand des Schweizerischen Operationskatalogs (CHOP) sowie des internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD).

Innerhalb jeder Leistungsgruppe werden verschiedene Anforderungen festgelegt, die sich auf die strukturellen Voraussetzungen für die Erbringung der jeweiligen Leistung beziehen. Dazu zählen beispielsweise das Vorhandensein von Notfall- und Intensivkapazitäten, die Einrichtung von Tumorbretts, die Sicherstellung der ärztlichen Dignität und Verfügbarkeit, die Organisation von Notfalldiensten sowie – für ausgewählte Leistungsgruppen – die Definition von Mindestfallzahlen.

Seit 2011 empfiehlt die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) den kantonalen Gesundheitsdepartementen die Anwendung des SPLG-Konzepts inklusive der darin enthaltenen Anforderungen, also auch der Mindestfallzahlen.<sup>1</sup> Im Mai 2018 hat die GDK-Plenarversammlung

---

<sup>1</sup> [GDK: Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung](#)

diese Empfehlung bekräftigt und beschlossen, den Einbezug der Kantone in die Weiterentwicklung des Konzepts künftig zu stärken.

Heute wird die SPLG-Systematik von der Mehrheit der Kantone für die Spitalplanung verwendet.

### **2.3 Mindestfallzahlen pro Spitalbetrieb vs. Spitalstandort**

Da die leistungsspezifischen Anforderungen – und damit auch die Mindestfallzahlen – von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (GD-ZH) teils pro Standort, teils pro Spitalbetrieb definiert werden, wurde für die vorliegende Analyse entschieden, die Auswertungen auf Ebene der Spitalbetriebe vorzunehmen.

Die Fallzahlen der jeweiligen Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) wurden dabei über alle Standorte eines Spitalbetriebs hinweg summiert. So werden beispielsweise die verschiedenen Standorte der Inselgruppe unter den Bezeichnungen «Inselgruppe universitär» und «Inselgruppe nicht universitär» zusammengefasst; einzelne kleinere Spitäler wie das Spital Aarberg oder das Spital Riggisberg werden in der Auswertung nicht separat ausgewiesen. Ebenso werden die Berner Spitäler der Hirslanden-Gruppe gemeinsam als «Hirslanden Bern AG» dargestellt.

Diese Vorgehensweise führt dazu, dass die Analyse insgesamt als konservativ einzustufen ist, da die Fallzahlen auf Standortebene tendenziell niedriger ausfallen würden. Durch die Aggregation der Daten auf Betriebsebene wird die Anzahl der Spitäler, welche die geforderten Mindestfallzahlen nicht erreichen, somit eher unterschätzt.

### **2.4 Fallzahlen pro SPLG**

Die Informationen zu den Fallzahlen pro SPLG und Spitalgruppe stammen aus den «Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler (CH-IQI)», die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) veröffentlicht werden (vgl. Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler)<sup>2</sup>.

Im Rahmen dieser Analyse werden jene Fallzahlen pro Spitalbetrieb dargestellt, für welche beide der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Für die jeweilige SPLG definiert die GD-Zürich eine Mindestfallzahl.
2. Die CH-IQI-Daten beinhalten eine entsprechende Fallzahl für diese SPLG.

---

<sup>2</sup> [Qualitätsindikatoren Dokumentation](#)

In die Auswertung eingeschlossen wurden alle Akutspitalbetriebe, die im Jahr 2023 mindestens einen Eingriff in der jeweiligen SPLG durchgeführt haben.

In den Grafiken ab Seite 11 repräsentiert jeder Punkt einen Spitalbetrieb. Ein roter Punkt steht dabei für Betriebe, welche die Mindestfallzahl nicht erreichen, während ein grüner Punkt jene Betriebe kennzeichnet, die die geforderte Mindestfallzahl erfüllen.

Die Anzahl SPLG welche für ein einzelnes Spital in die Auswertung eingeschlossen wurde, unterscheidet sich von Spital zu Spital. Das Total pro Spital resultiert aus allen SPLG, für welche das Spital im Jahr 2023 mindestens einen Eingriff durchgeführt hat.

Bei einzelnen Fällen ist zudem zu berücksichtigen, dass für die Kodierung in der medizinischen Statistik der Krankenhäuser (MS), auf welcher die Fallzahlen beruhen, der Entlassungsstandort massgebend ist. Dieser entspricht jedoch nicht zwingend dem Ort, an dem sämtliche Eingriffe während des Krankenhausaufenthalts vorgenommen wurden.

### 3 Resultate

#### 3.1 Übersicht der Fallzahlen und Erfüllung der Mindestfallzahlen

Insgesamt wurden 21 SPLG mit definierten Mindestfallzahlen (MFZ) in die Analyse eingeschlossen.

Die Erfüllungsraten der Mindestfallzahlen zeigen deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungsgruppen. In mehreren SPLG erreicht weniger als die Hälfte der Spitalbetriebe die definierte Mindestfallzahl, darunter:

- Plexuschirurgie (10.4%)
- Dermatologische Onkologie (32.7 %)
- Gynäkologische Tumore (44.2%)
- Spezialisierte Neurochirurgie (45.5%)
- Komplexe Chirurgie der Niere (49.2%)

Die kleinste beobachtete Fallzahl liegt in nahezu allen SPLG bei 1 Fall pro Jahr, während die grösste beobachtete Fallzahl zwischen 60 und 1258 Fällen beträgt.

### **3.2 Anteil erreichter Mindestfallzahlen pro Spitalbetrieb**

Die Abbildung 1 zeigt die Verteilung des Anteils erreichter Mindestfallzahlen pro Spitalbetrieb für alle untersuchten 131 Betriebe.

Die Verteilung zeigt ein breit gestreutes und deutlich heterogenes Bild der Spitälerlandschaft. Rund ein Sechstel der Spitäler ( $n = 20$ ;  $\approx 17\%$ ) erfüllt die Mindestfallzahlen in nahezu allen Leistungsgruppen ( $\geq 90\%$ ). Eine ähnlich grosse Gruppe ( $n = 19$ ;  $\approx 16\%$ ) erreicht die Schwellenwerte in etwa der Hälfte ihrer Leistungsgruppen (0.5–0.6).

Ein weiterer substanzialer Anteil der Spitäler (rund 40 %) liegt im mittleren Bereich (0.4–0.8) und erreicht die Mindestfallzahlen nur teilweise. Gleichzeitig zeigen rund 18 % der Spitäler ( $n = 22$ ) deutliche Defizite und erfüllen die Mindestfallzahlen in weniger als 30 % ihrer Leistungsgruppen.

### 3.3 Abbildungen und Tabellen

Tabelle 1 Übersicht Mindestfallzahlen pro Spitalplanungs-Leistungsgruppe (SPLG)

SPLG	Bezeichnung	MFZ	Anzahl Spitäler mit min. 1 Fall	MFZ erreicht (n)	MFZ nicht erreicht (n)	MFZ erreicht (%)	MFZ nicht erreicht (%)	Durchschnittliche Fallzahl	Kleinste beobachtete Fallzahl	Grösste beobachtete Fallzahl
Z.4.1.F	Dermatologische Onkologie	10	55	18	37	32.7	67.3	23.3	1	316
Z.4.3.F	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	10	78	56	22	71.8	28.2	62.0	1	405
Z.4.4.F	Spezialisierte Neurochirurgie	10	33	15	18	45.5	54.5	20.1	1	143
Z.4.11.F	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	10	25	14	11	56.0	44.0	37.4	1	360
Z.4.12.F	Epileptologie: Komplex-Behandlung	10	8	5	3	62.5	37.5	19.5	1	70
Z.4.18.F	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	10	17	12	5	70.6	29.4	50.5	1	146
Z.4.19.F	Autologe Blutstammzelltransplantation	10	11	9	2	81.8	18.2	41.8	2	123
Z.4.21.F	Gefässchirurgie periphere Gefässse (arteriell)	10	71	37	34	52.1	47.9	67.9	1	421
Z.4.22.F	Interventionen und Gefässchirurgie intra-abdominale Gefässse	20	57	34	23	59.6	40.4	82.4	1	545
Z.4.23.F	Gefässchirurgie Carotis	10	39	27	12	69.2	30.8	29.2	1	102
Z.4.24.F	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässse	10	17	13	4	76.5	23.5	43.2	1	213
Z.4.25.F	Koronarchirurgie (CABG)	100	17	13	4	76.5	23.5	195.5	2	470
Z.4.26.F	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	10	5	4	1	80.0	20.0	39.8	1	66
Z.4.28.F	Radikale Prostatektomie	10	55	50	5	90.9	9.1	65.7	1	266
Z.4.30.F	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	10	59	29	30	49.2	50.8	15.9	1	60

Z.4.31.F	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	30	34	22	12	64.7	35.3	50.3	1	171
Z.4.37.F	Erstprothese Hüfte	50	108	96	12	88.9	11.1	231.4	4	1258
Z.4.38.F	Erstprothese Knie	50	109	93	16	85.3	14.7	222.4	2	991
Z.4.39.F	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	20	82	57	25	69.5	30.5	72.2	1	544
Z.4.41.F	Plexuschirurgie	10	48	5	43	10.4	89.6	3.5	1	23
Z.4.42.F	Gynäkologische Tumore	20	77	34	43	44.2	55.8	28.2	1	192

Tabelle 2 Erfüllungsgrad pro SPLG und Spital im zeitlichen Vergleich

<b>SPLG</b>	<b>Bezeichnung der SPLG</b>	<b>Anteil MFZ nicht erreicht (%)</b>			
		<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Z.4.1.F	Dermatologische Onkologie	68.2%	69.4%	66.1%	67.3%
Z.4.3.F	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	27.8%	26.4%	26.8%	28.2%
Z.4.4.F	Spezialisierte Neurochirurgie	64.5%	68.6%	53.8%	54.5%
Z.4.11.F	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	50.0%	45.5%	30.8%	44.0%
Z.4.12.F	Epileptologie: Komplex-Behandlung	66.7%	50.0%	66.7%	37.5%
Z.4.18.F	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	20.0%	33.3%	29.4%	29.4%
Z.4.19.F	Autologe Blutstammzelltransplantation	18.2%	18.2%	9.1%	18.2%
Z.4.21.F	Gefässchirurgie peripher Gefäße (arteriell)	41.7%	45.8%	40.6%	47.9%
Z.4.22.F	Interventionen und Gefässchirurgie intraabdominale Gefäße	66.7%	44.6%	46.6%	40.4%
Z.4.23.F	Gefässchirurgie Carotis	53.7%	51.0%	42.6%	30.8%
Z.4.24.F	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße	45.8%	55.6%	58.1%	23.5%
Z.4.25.F	Koronarchirurgie (CABG)	26.7%	21.4%	22.2%	23.5%
Z.4.26.F	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	36.1%	0.0%	0.0%	20.0%
Z.4.28.F	Radikale Prostatektomie	21.0%	10.9%	11.9%	9.1%
Z.4.30.F	Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)	36.1%	41.0%	42.9%	50.8%
Z.4.31.F	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	47.1%	50.0%	33.3%	35.3%

Z.4.37.F	Erstprothese Hüfte	Na	16.9%	12.5%	11.1%
Z.4.38.F	Erstprothese Knie	Na	22.0%	13.5%	14.7%
Z.4.39.F	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	26.7%	31.7%	60.5%	30.5%
Z.4.41.F	Plexuschirurgie	80.0%	96.7%	83.0%	89.6%
Z.4.42.F	Gynäkologische Tumore	Na	59.5%	57.5%	55.8%

Abbildung 1 Verteilung des Anteils erreichter Mindestfallzahlen pro Spital (N=121)

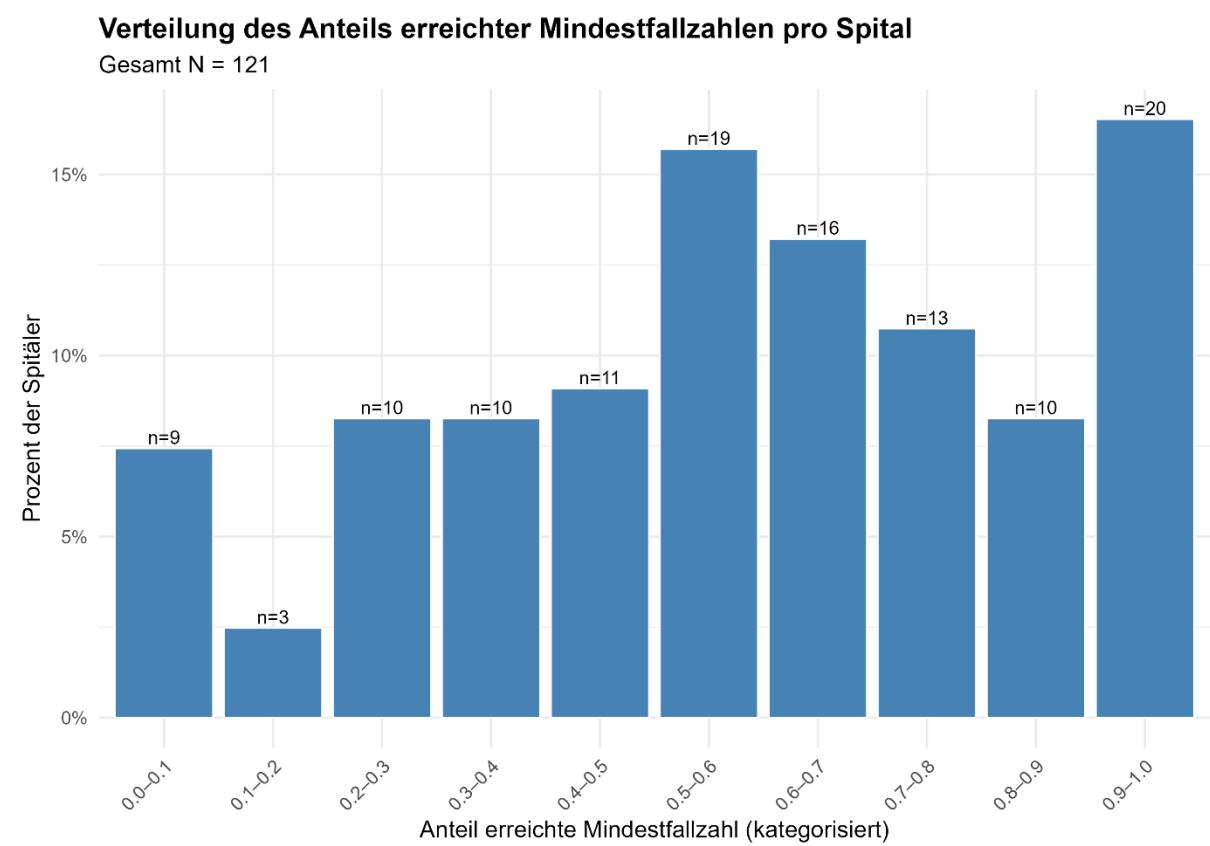


Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Spitäler nach dem Anteil der erreichten Mindestfallzahlen. Jede Säule repräsentiert eine Gruppe von Spitälern, die innerhalb eines bestimmten Anteilsbereichs liegen. Die Darstellung ermöglicht eine Übersicht über die Streuung der Spitäler hinsichtlich des Anteils erfüllter Mindestfallzahlen und veranschaulicht die Verteilung über das gesamte Spektrum von sehr niedrigen bis hohen Erfüllungsanteilen.

### 3.4 Sensitivitätsanalyse (Ausschluss seltener Eingriffe)

In einer ergänzenden Sensitivitätsanalyse zur Prüfung der Robustheit der primären Resultate wurden alle Spital-SPLG-Kombinationen ausgeschlossen, in denen weniger als fünf Eingriffe dokumentiert waren. Damit sollten Zufallseffekte durch Einzelfälle reduziert und eine belastbarere Einschätzung der Erfüllung der Mindestfallzahlen ermöglicht werden.

Nach dieser Einschränkung verblieben 116 Spitäler mit ausreichender Aktivität in mindestens einer Leistungsgruppe.

Bei Standorten mit nur sehr wenigen Fällen ist zudem zu berücksichtigen, dass in den zugrunde liegenden Daten der Standort der Entlassung aus dem Krankenhaus ausschlaggebend ist. Dies entspricht nicht zwangsläufig dem Ort, an dem alle Eingriffe während des gesamten Krankenhausaufenthalts tatsächlich durchgeführt wurden.

Insbesondere bei komplexen Behandlungsverläufen mit Verlegungen zwischen Standorten eines Spitals oder innerhalb von Spitalverbünden kann es daher zu Zuweisungsgenauigkeiten kommen, die in Einzelfällen zu Verzerrungen führen können.

Der Ausschluss von Fällen mit weniger als fünf Eingriffen minimiert solche potenziellen Fehlzuordnungen, führt jedoch gleichzeitig dazu, dass auch korrekt erfasste, aber seltene Eingriffe ausgeschlossen werden. Dadurch wird die Analyse zwar methodisch robuster, spiegelt jedoch nicht mehr die gesamte Versorgungstätigkeit aller Spitäler wider. Die Ergebnisse dieser Sensitivitätsanalyse sind daher eher konservativ zu interpretieren und dienen in erster Linie der Überprüfung, ob die Hauptbefunde auch unter strengerer Einschlusskriterien Bestand haben.

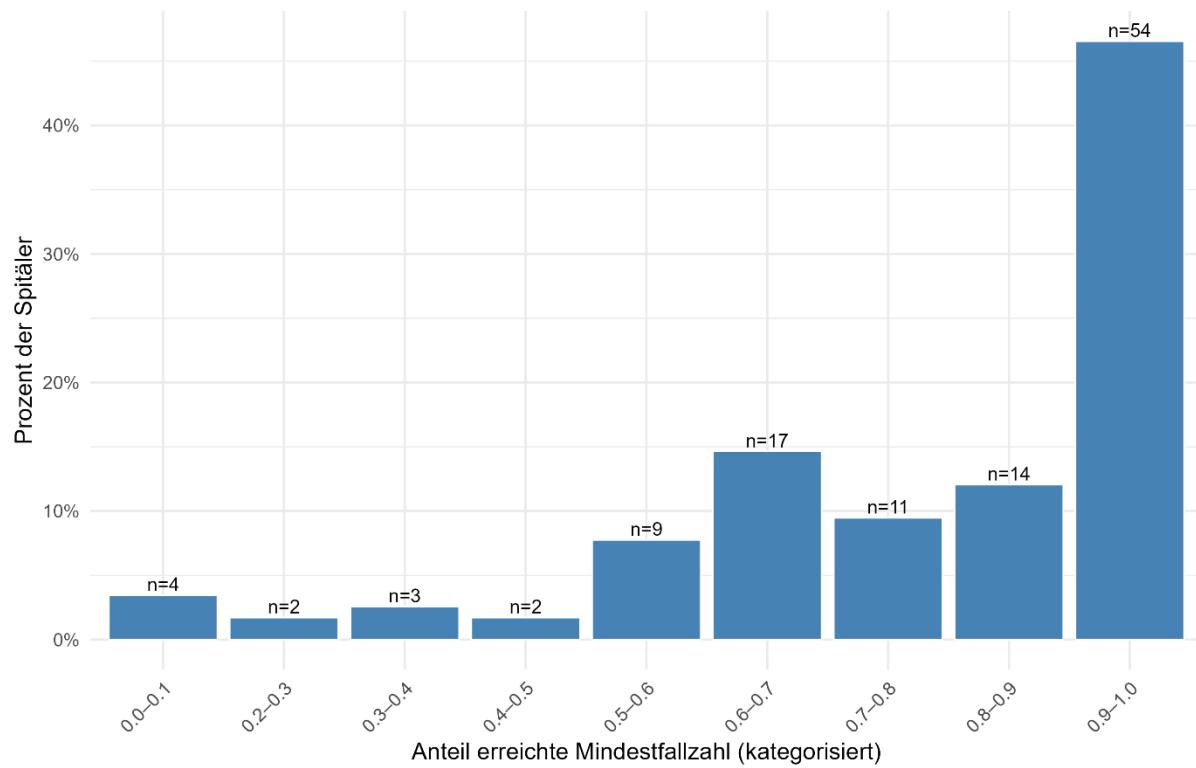
Nach dieser Einschränkung verblieben 116 Spitäler mit ausreichender Aktivität.

Die resultierende Verteilung zeigt ein deutlich nach rechts verschobenes, aber weiterhin breites Bild (Abbildung 2):

- Knapp die Hälfte der Spitäler ( $n = 54$ ;  $\approx 47\%$ ) erreicht die Mindestfallzahlen in nahezu allen Leistungsgruppen ( $\geq 90\%$ ).
- Etwa ein Drittel der Spitäler ( $n = 40$ ;  $\approx 35\%$ ) erreicht die Schwellenwerte nur in weniger als zwei Dritteln ihrer Leistungsgruppen.
- Besonders kritisch ist, dass 4 Spitäler ( $\approx 3\%$ ) die Mindestfallzahlen in weniger als 10 % ihrer Leistungsgruppen erfüllen – ein Hinweis auf strukturelle Defizite oder eine sehr geringe Spezialisierung.

### Verteilung des Anteils erreichter Mindestfallzahlen pro Spital

Gesamt N = 116



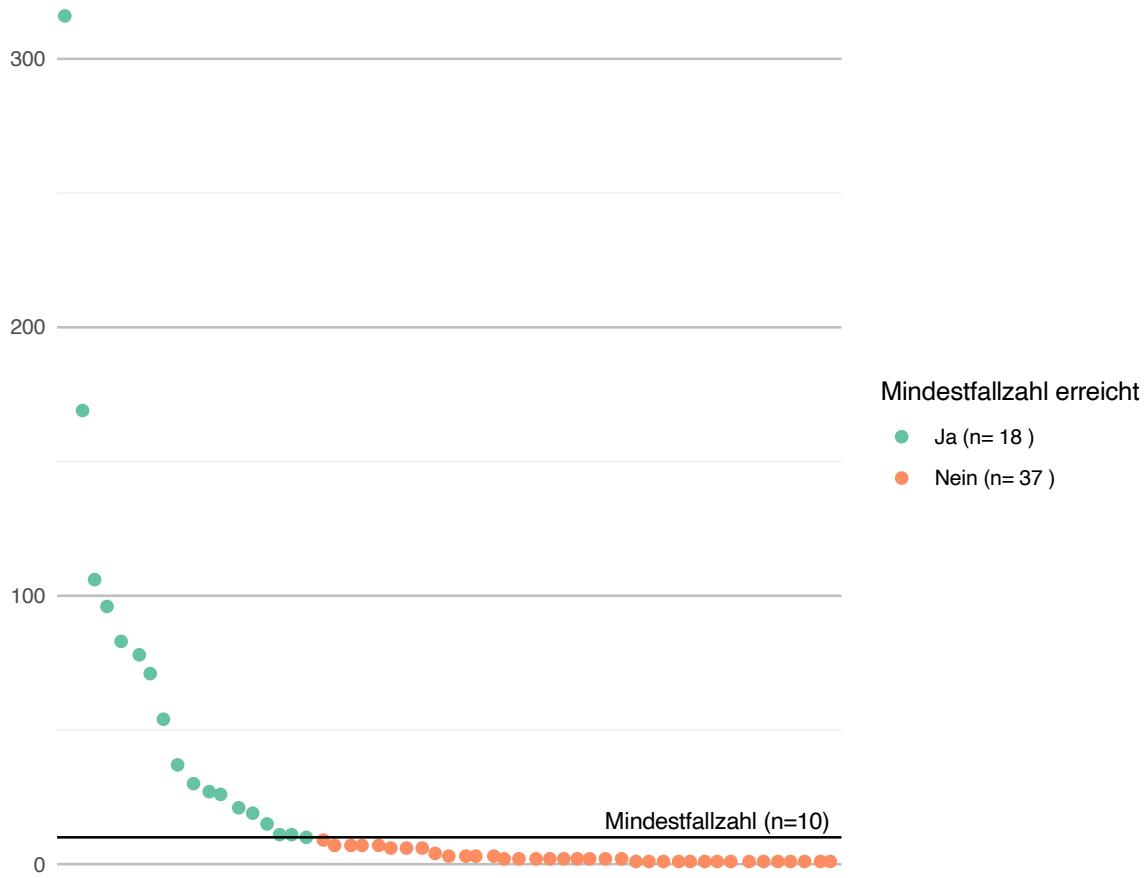
### **3.5 Verteilung und Erfüllung der Mindestfallzahlen auf Spitälebene pro SPLG**

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Verteilung der Fallzahlen pro Spitalbetrieb. Jeder Punkt steht für einen Spitalbetrieb, wobei die Position auf der y-Achse die jeweilige Fallzahl darstellt. Spitäler, welche die definierte Mindestfallzahl erreichen, sind farblich von jenen unterschieden, die diese nicht erreichen. Die Darstellungen ermöglichen einen Überblick über die Spannweite der Fallzahlen sowie die relative Position der Spitäler in Bezug auf die Erfüllung der Mindestanforderungen.

### 3.5.1.1 Dermatologische Onkologie

- Behandlungen der Haut bei Tumorerkrankungen, inkl. Entfernung von Lymphknoten mit Krebszellen befallene Lymphknoten
- Chemotherapien von Hauttumoren und Lymphomen

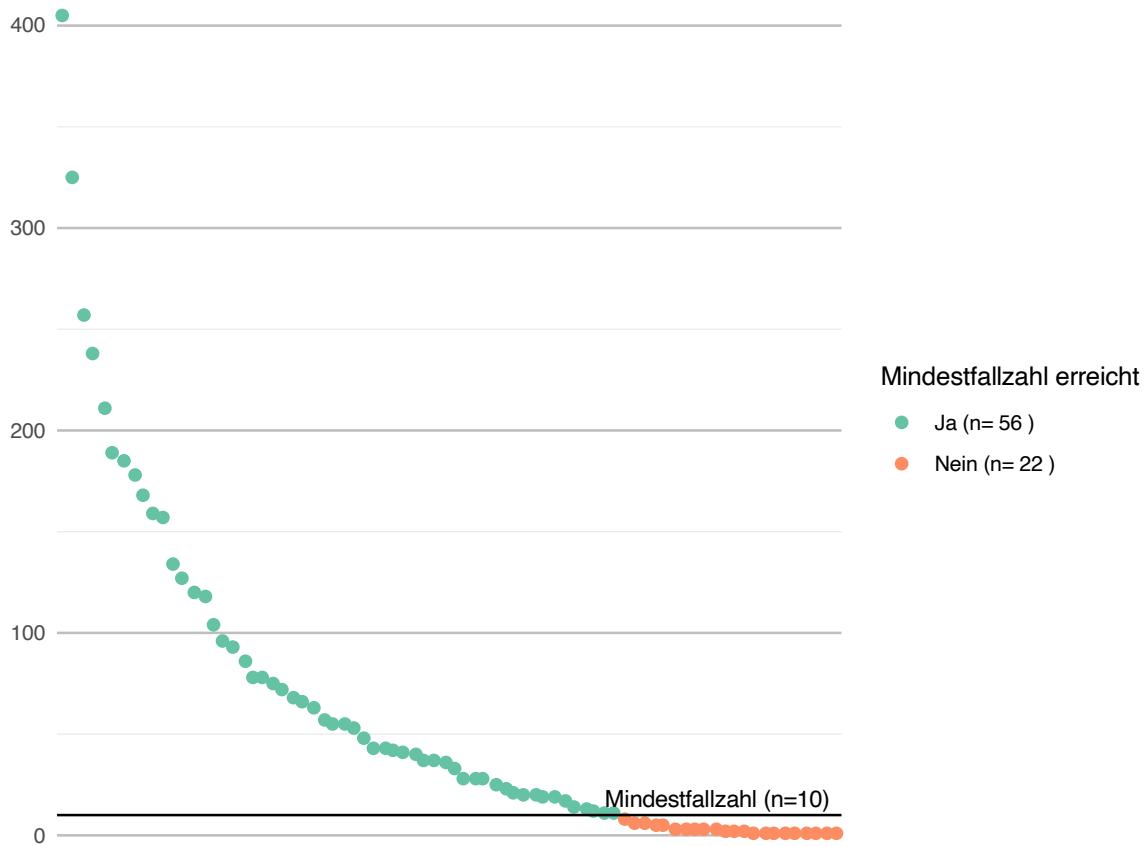
Fallzahlen Dermatologische Onkologie  
(Z.4.1.F) pro Spital



### 3.5.1.2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie

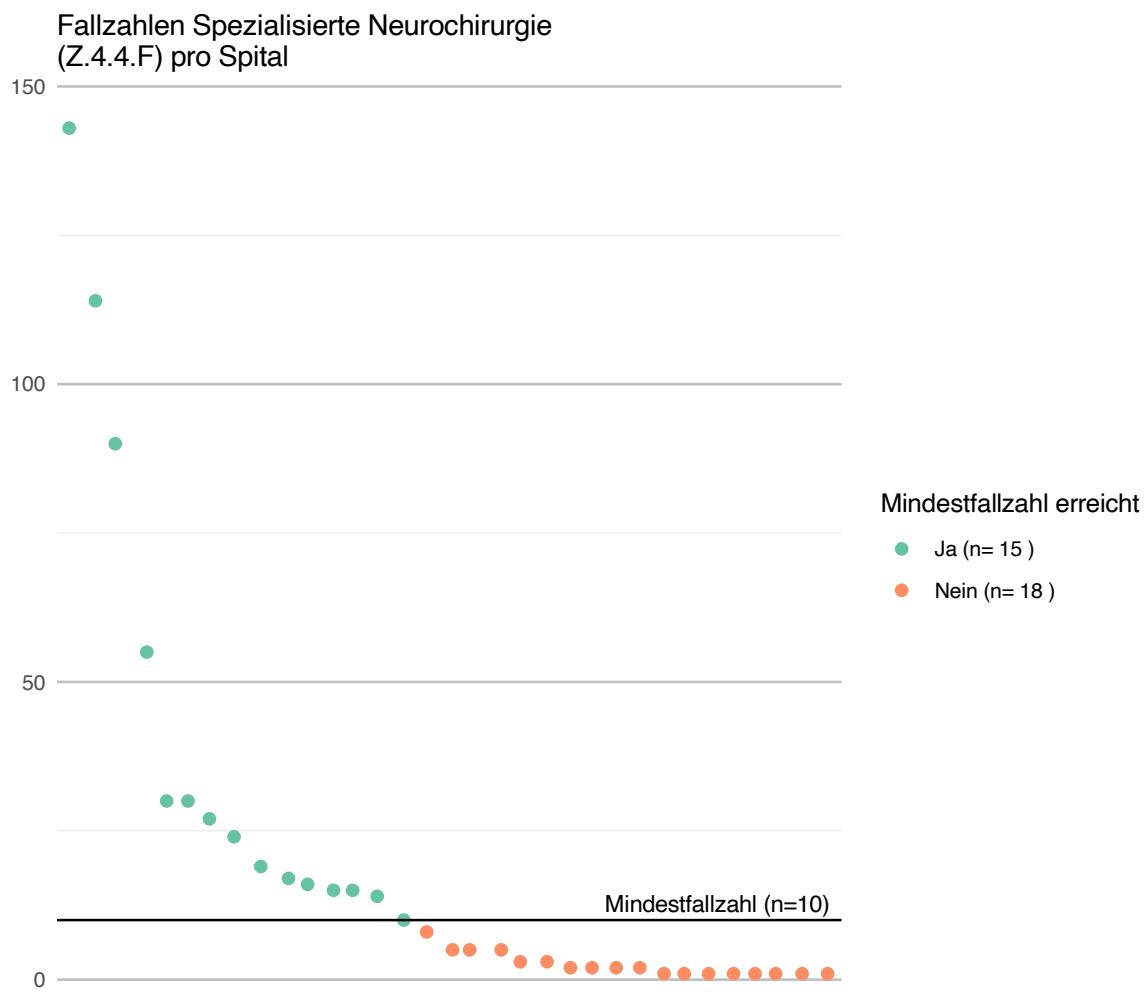
- Eingriffe an der Schilddrüse bei Erkrankungen der Schilddrüse

Fallzahlen Schild- und  
Nebenschilddrüsenchirurgie (Z.4.3.F) pro  
Spital



### 3.5.1.3 Spezialisierte Neurochirurgie

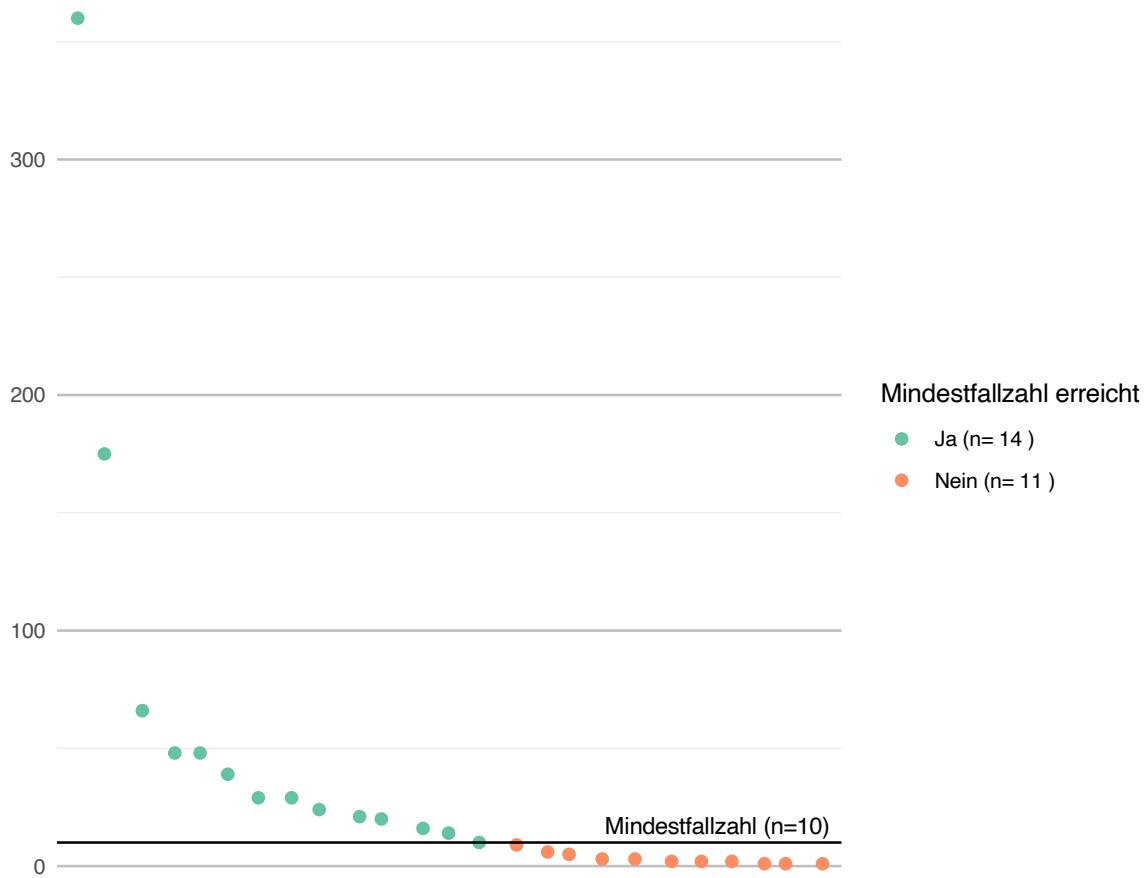
- Bestrahlung, Chemotherapie und Laser-Operationen am Gehirn
- Eingriffe an der Schädelbasis (Thalamus, Gefäße, Hypophyse und Corpus Pineale)



### 3.5.1.4 Epileptologie: Komplex Diagnostik

- Stationär abgeklärte Epilepsie-Erkrankungen (Elektroenzephalographien >24h als Monitoring)

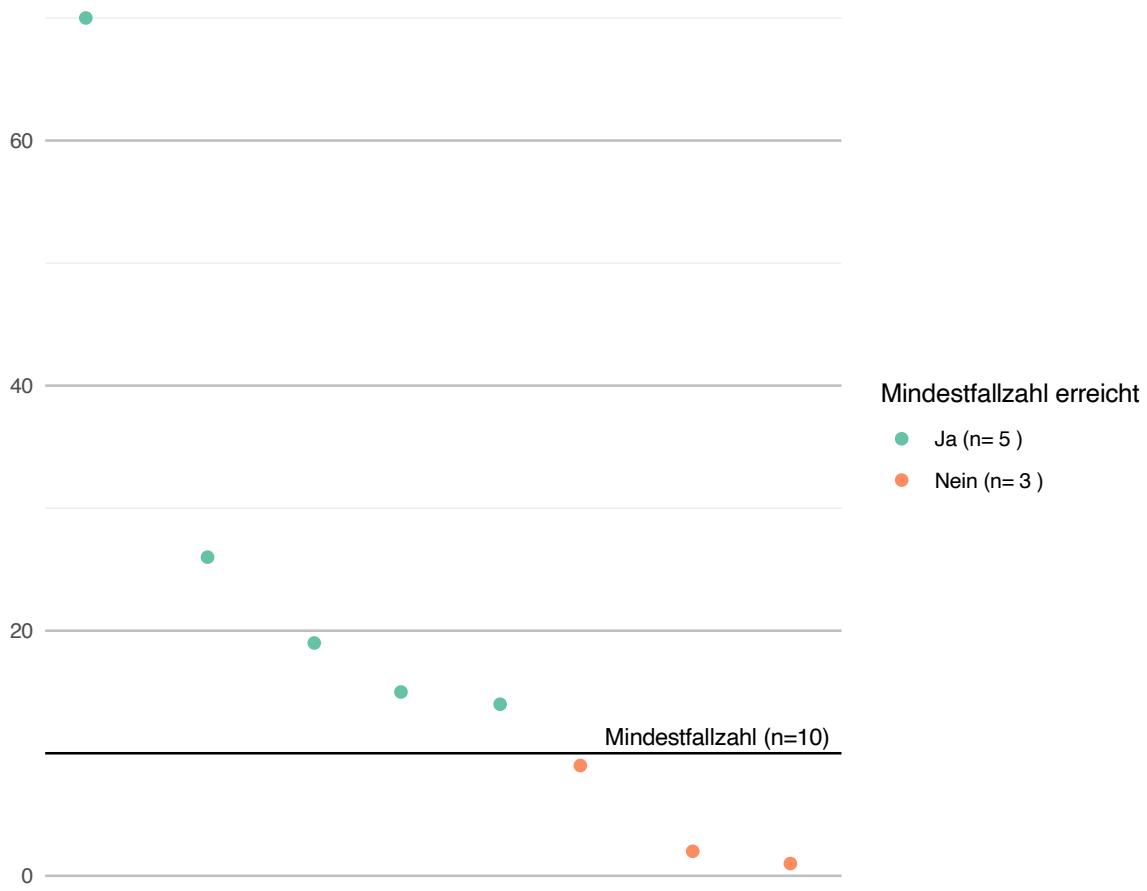
Fallzahlen Epileptologie:  
Komplex-Diagnostik (Z.4.11.F) pro Spital



### 3.5.1.5 Epileptologie: Komplexbehandlung

- Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie mit Behandlungsdauer von z.T. mehreren Wochen

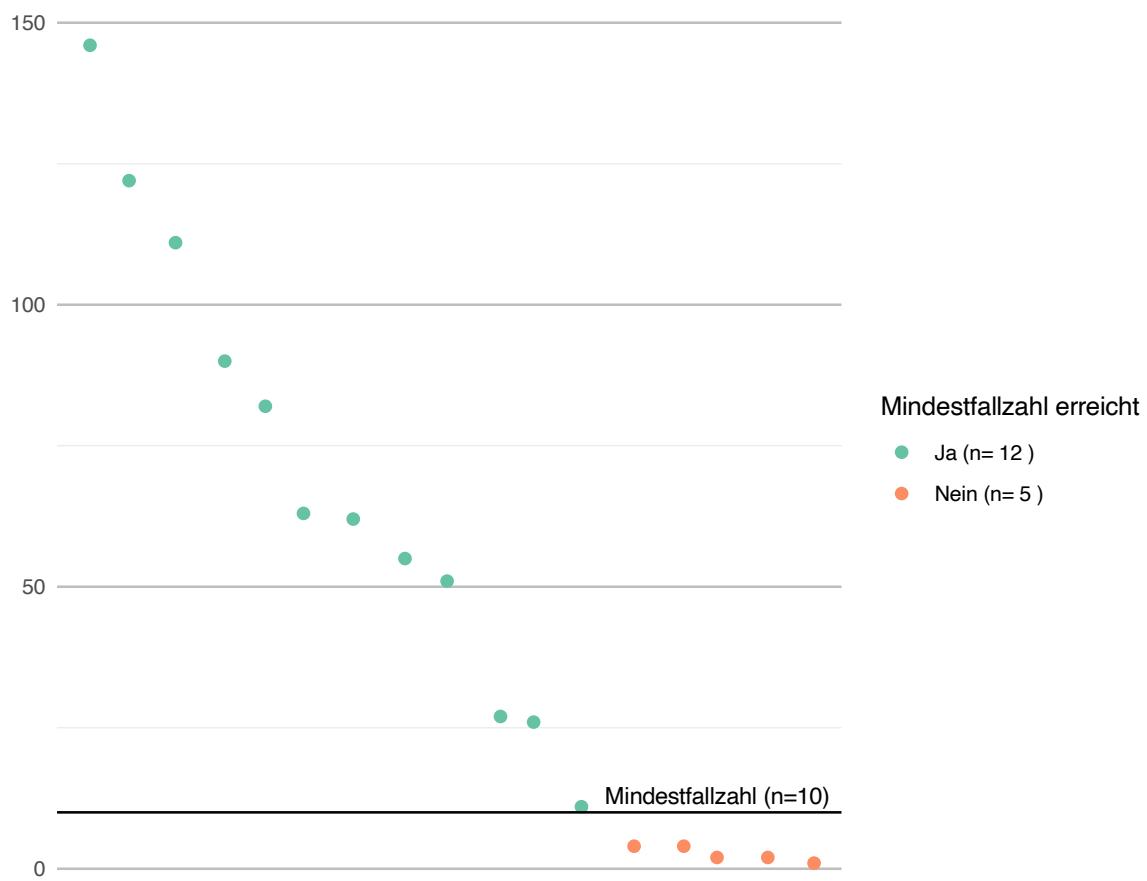
Fallzahlen Epileptologie:  
Komplex-Behandlung (Z.4.12.F) pro Spital



### 3.5.1.6 Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie

- Hochgradig komplexe Chemotherapien bei der Behandlung von Krebs der Lymphknoten und Leukämie

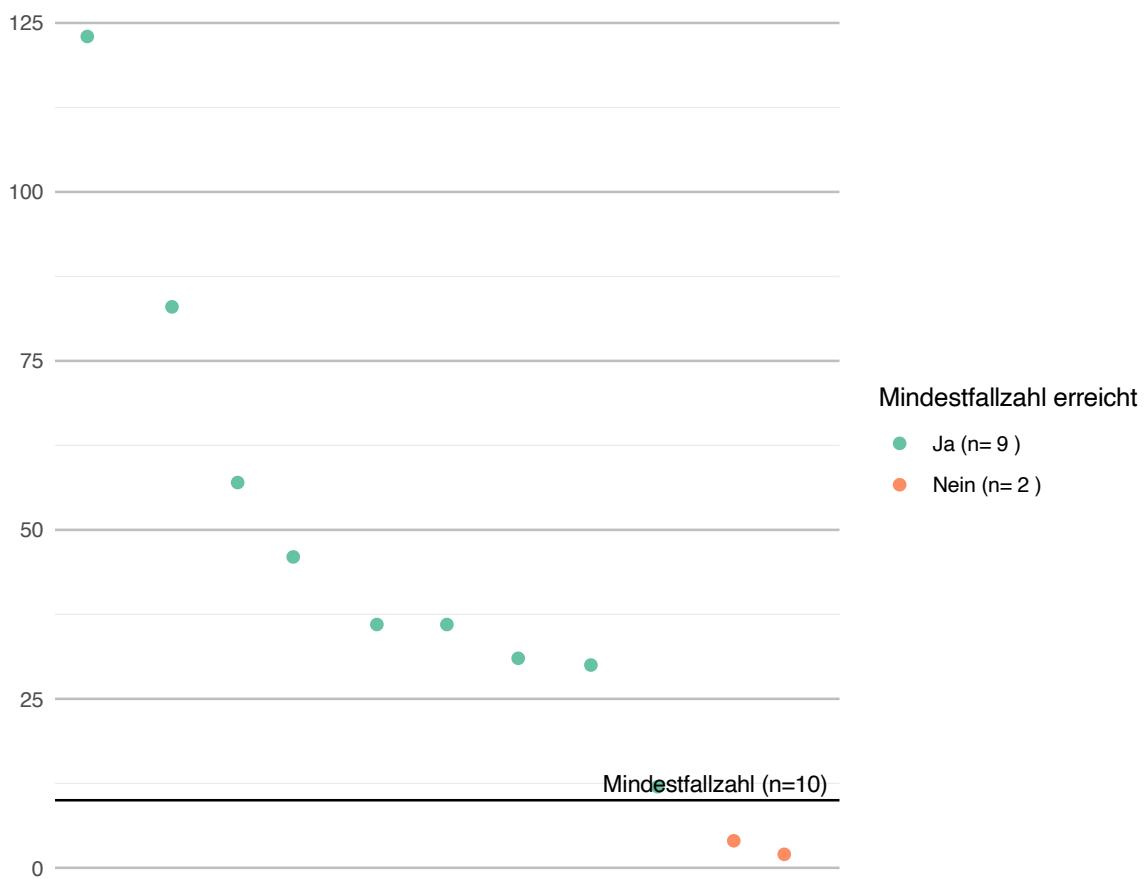
Fallzahlen Hoch-aggressive Lymphome  
und akute Leukämien mit kurativer  
Chemotherapie (Z.4.18.F) pro Spital



### 3.5.1.7 Autologe Blutstammzelltransplantation

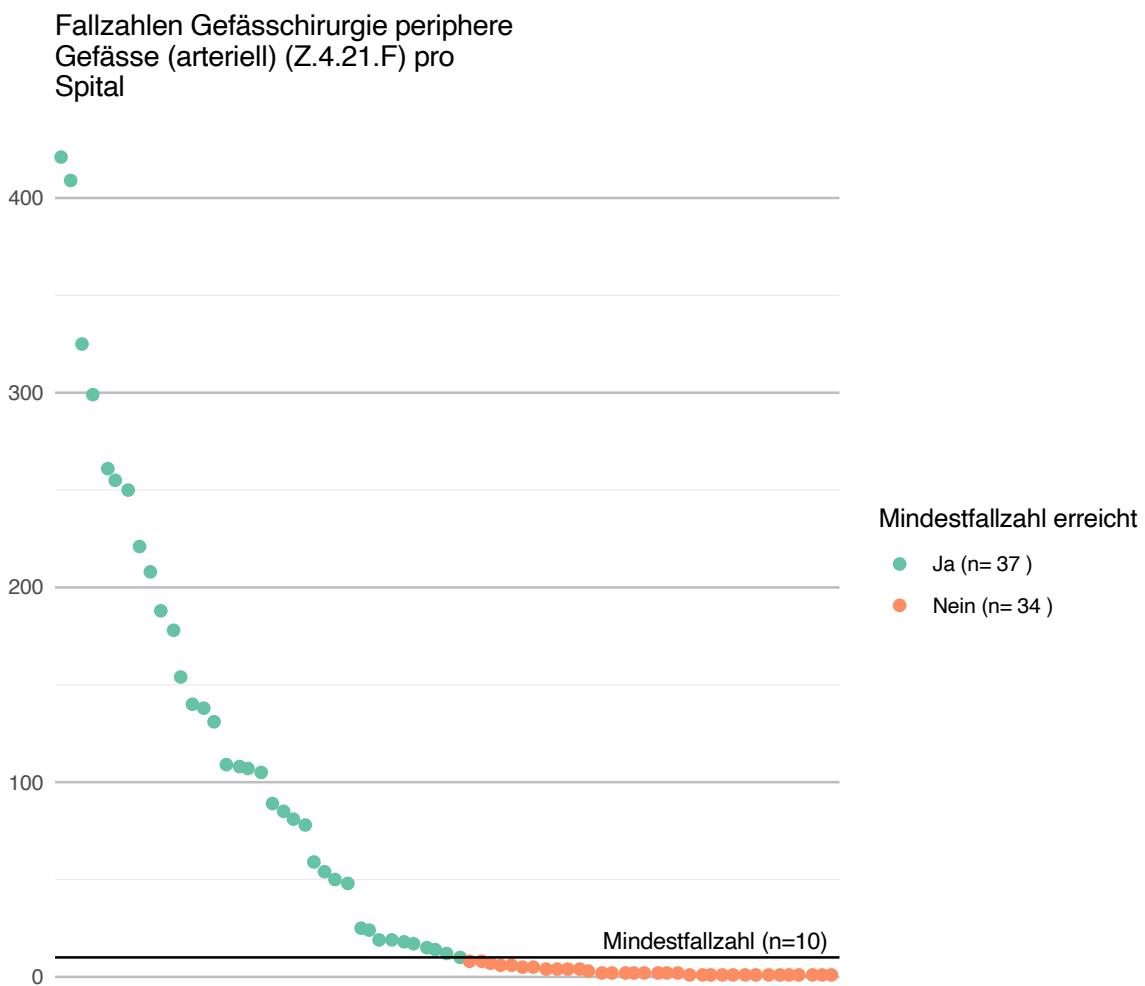
- Transplantation von autologen (eigenen) Stammzellen

Fallzahlen Autologe  
Blutstammzelltransplantation (Z.4.19.F)  
pro Spital



### 3.5.1.8 Gefässchirurgie periphere Gefässe arteriell

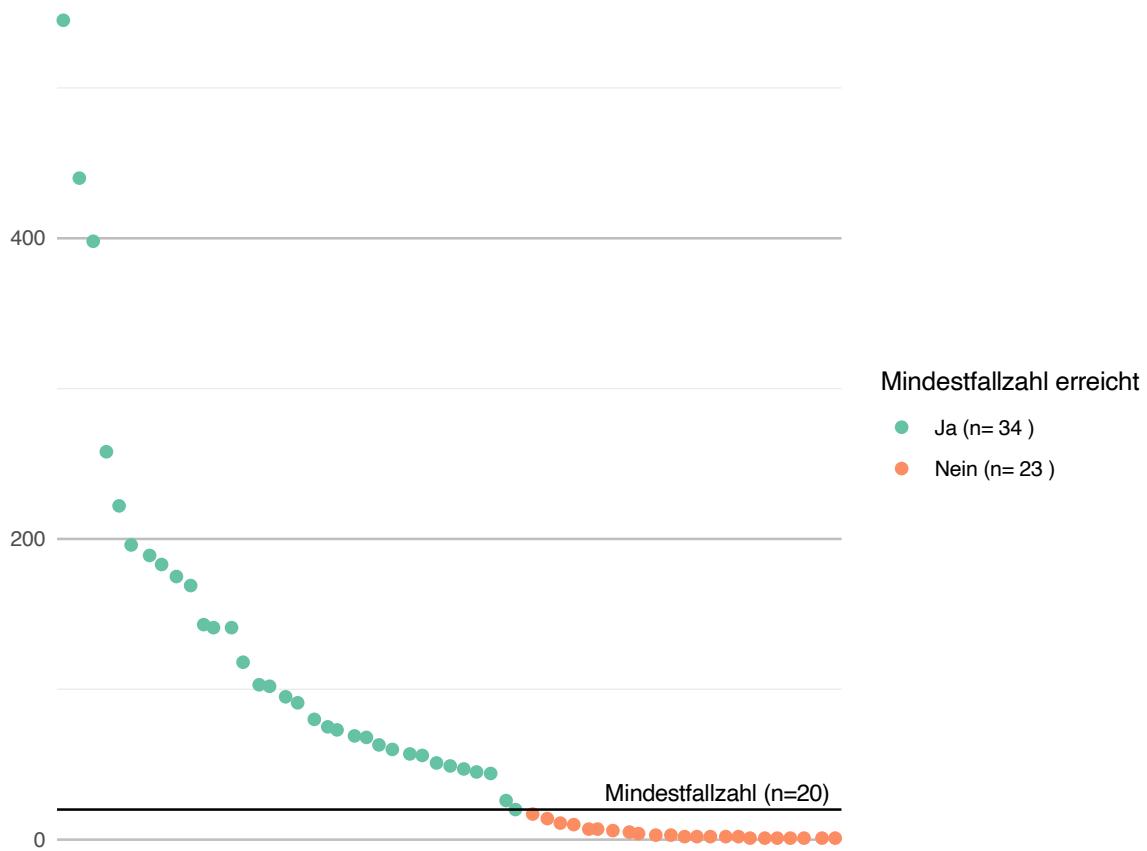
- Eingriffe an Gefäßen (Venen und Arterien) der Beine, Arme und des Beckens bei Atherosklerose, Aneurysmen, Embolien und Thrombosen



### 3.5.1.9 Intervention und Gefässchirurgie intraabdominale Gefässse

- Komplexe und risikoreiche Eingriffe an der Niere und an Arterien im Bauch bei beschädigten oder geweiteten Gefässen

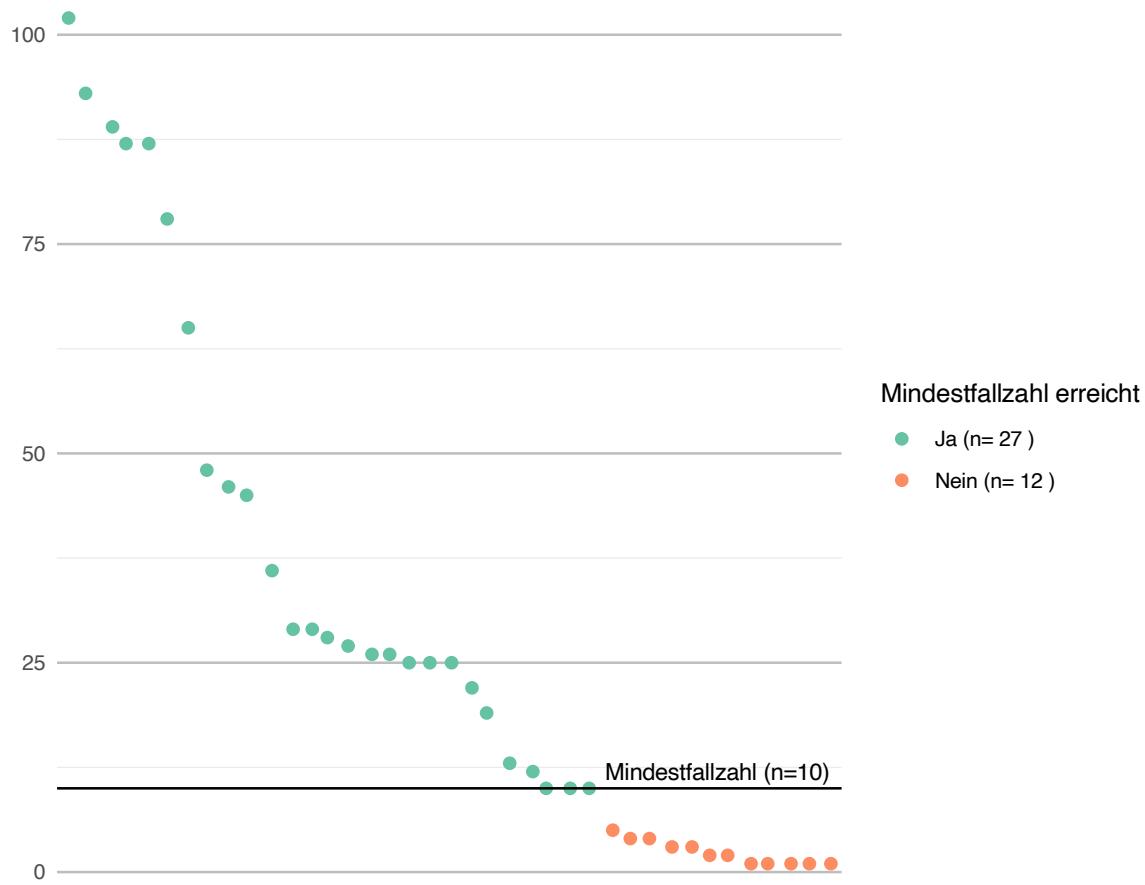
Fallzahlen Interventionen und  
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässse  
(Z.4.22.F) pro Spital



### 3.5.1.10 Gefässchirurgie Carotis

- Eingriffe ausserhalb des Schädelknochens an Gefässen von Kopf und Hals bei Verschlüssen und Verengungen

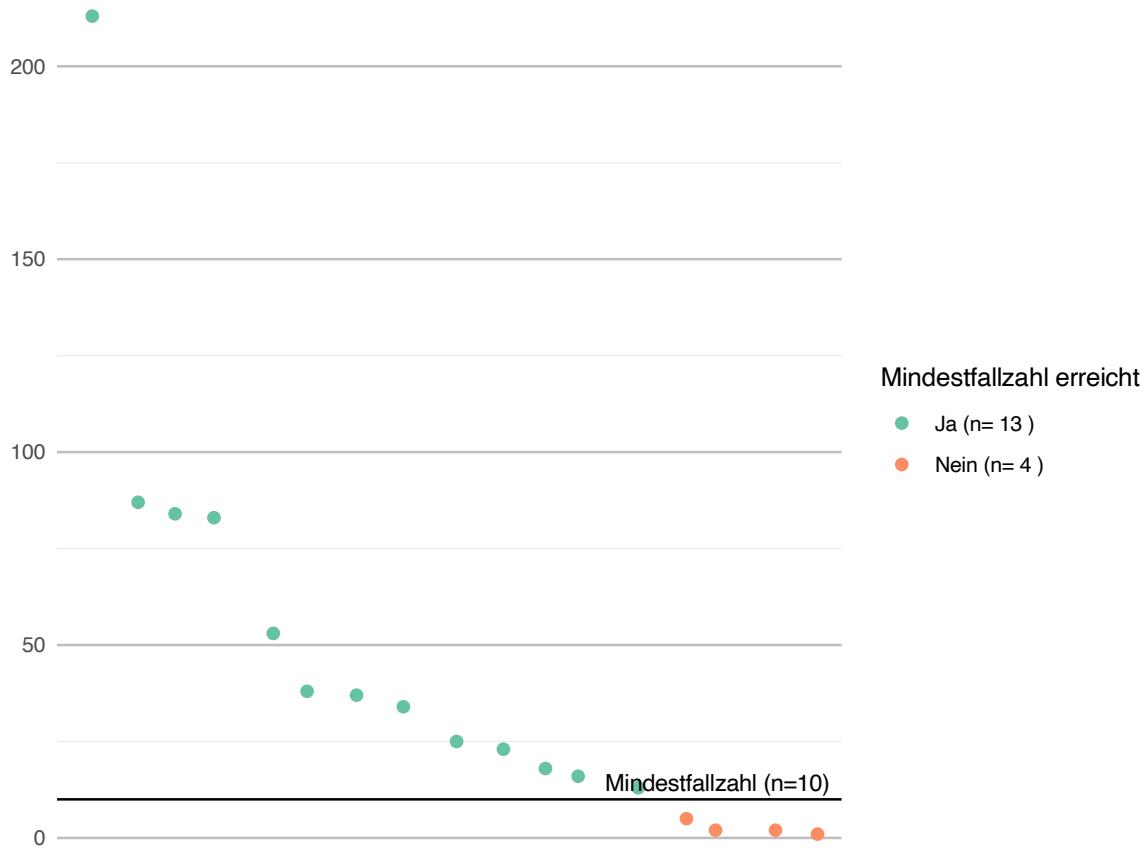
Fallzahlen Gefässchirurgie Carotis  
(Z.4.23.F) pro Spital



### 3.5.1.11 Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässse

- Interventionen ausserhalb des Schädelknochens an Gefässen von Kopf und Hals bei Verschlüssen und Verengungen mit Zugang durch ein Blutgefäß anhand von Katheter

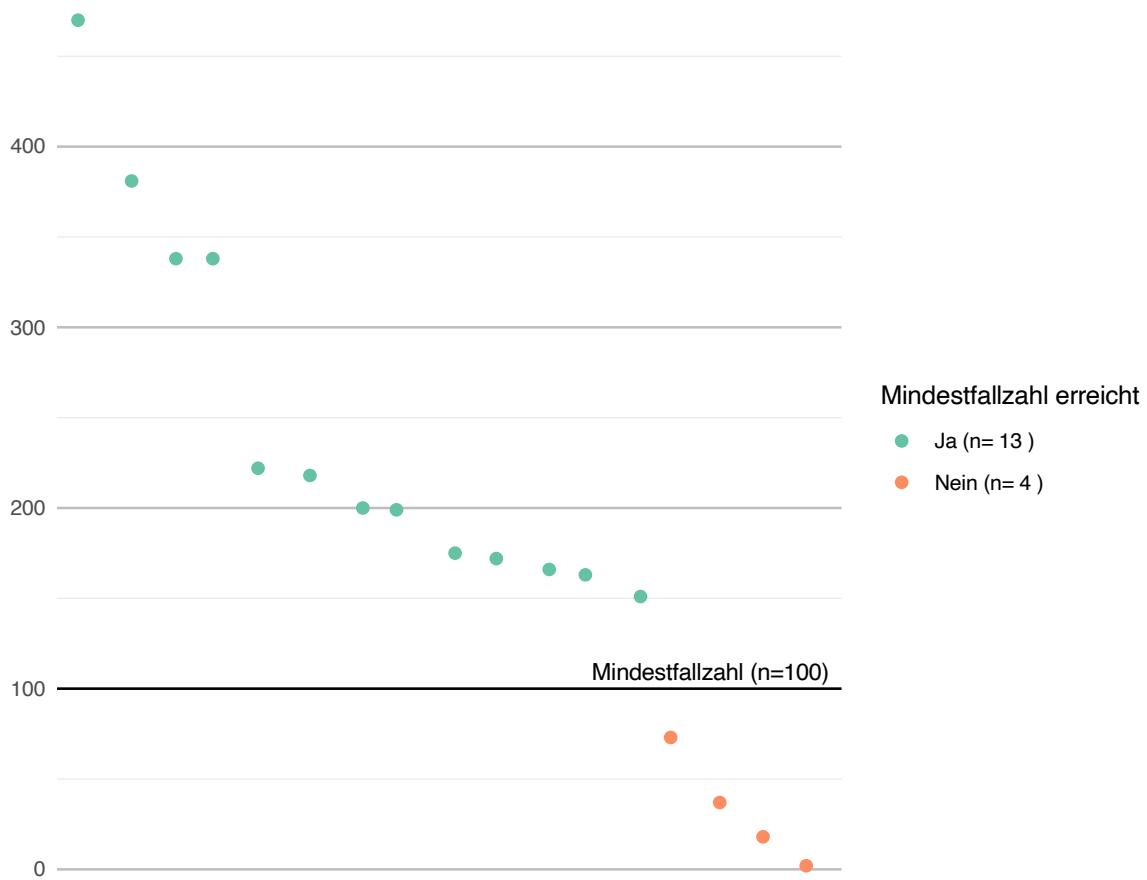
Fallzahlen Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässse (Z.4.24.F) pro Spital



### 3.5.1.12 Koronarchirurgie

- Operationen der Herzkranzgefäße im Falle von Infarkten (Bypassoperation) durch Herzchirurgie

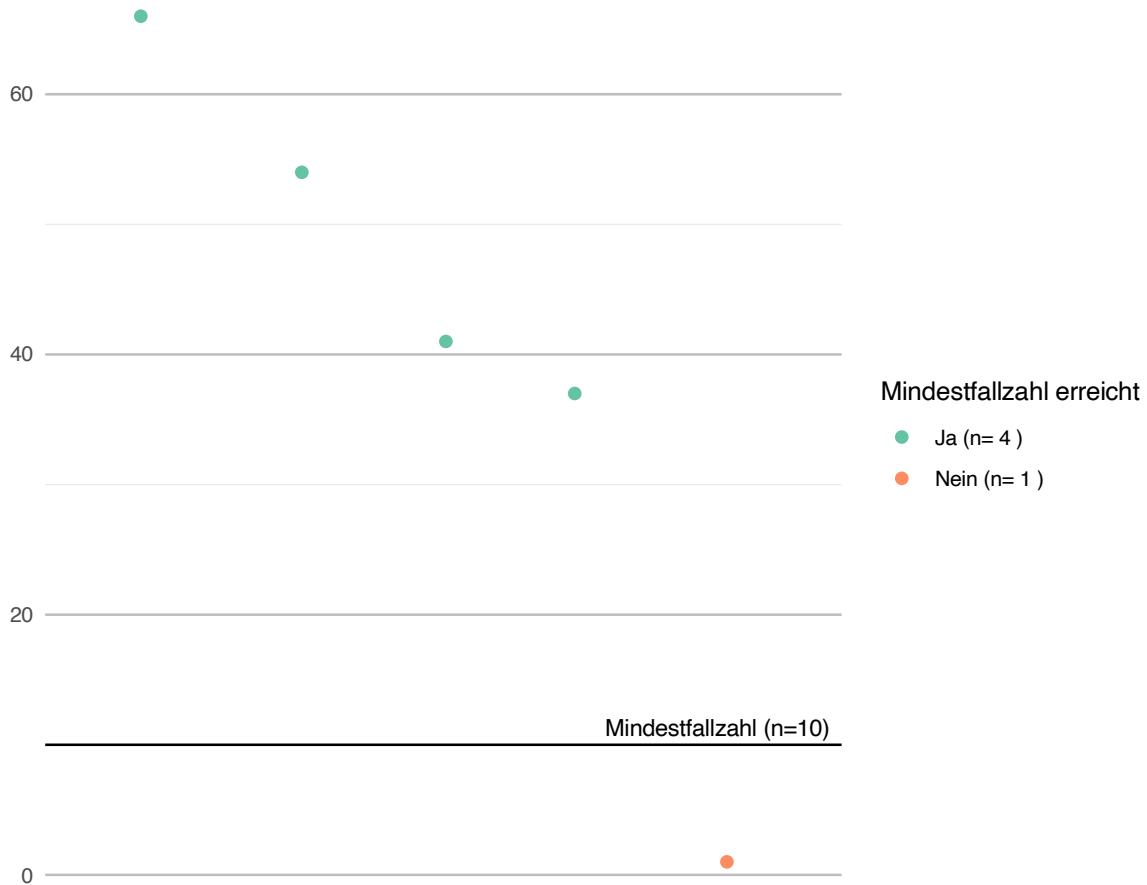
Fallzahlen Koronarchirurgie (CABG)  
(Z.4.25.F) pro Spital



### 3.5.1.13 Komplexe kongenitale Herzchirurgie

- Kinderherzchirurgie in Kinderkliniken mehrheitlich zur Behandlung von angeborenen Fehlbildungen des Herzens

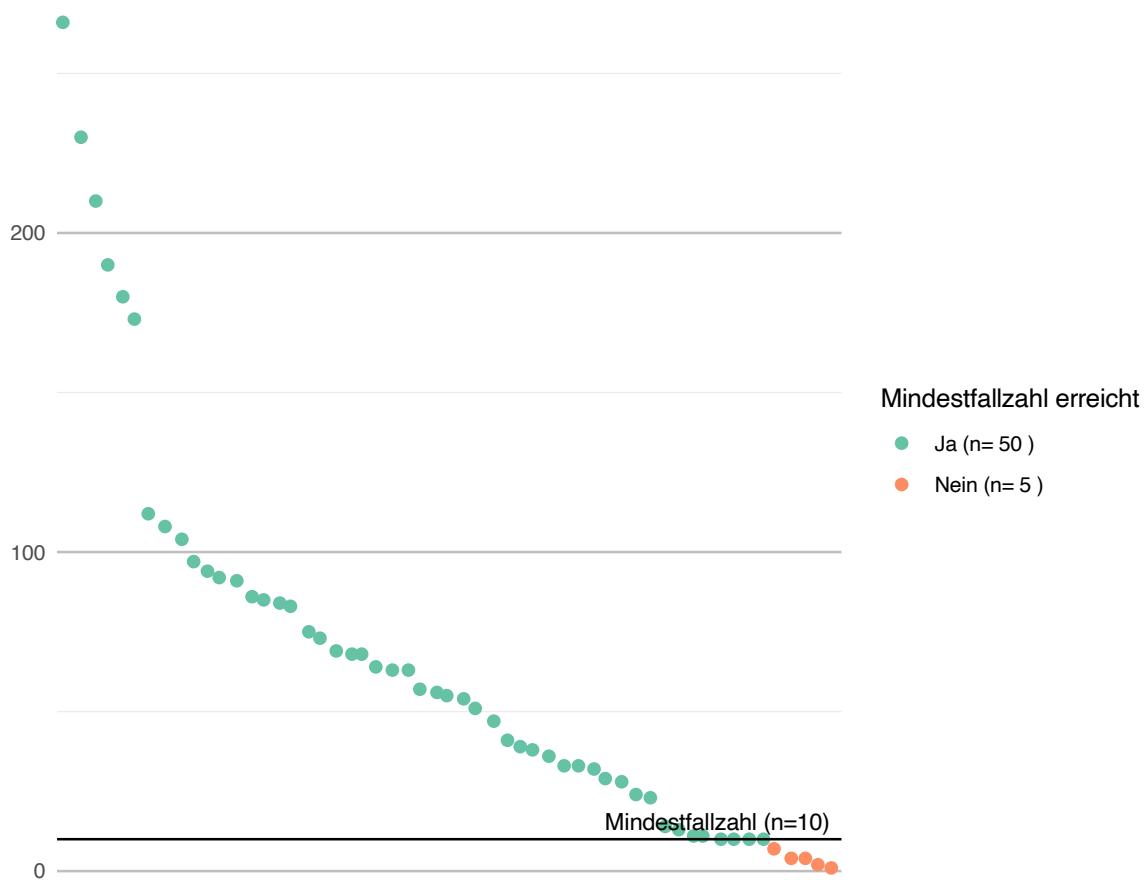
Fallzahlen Komplexe kongenitale  
Herzchirurgie (Z.4.26.F) pro Spital



### 3.5.1.14 Radikale Prostatektomie

- Operative Entfernung der Prostata (ohne transurethrale Interventionen)

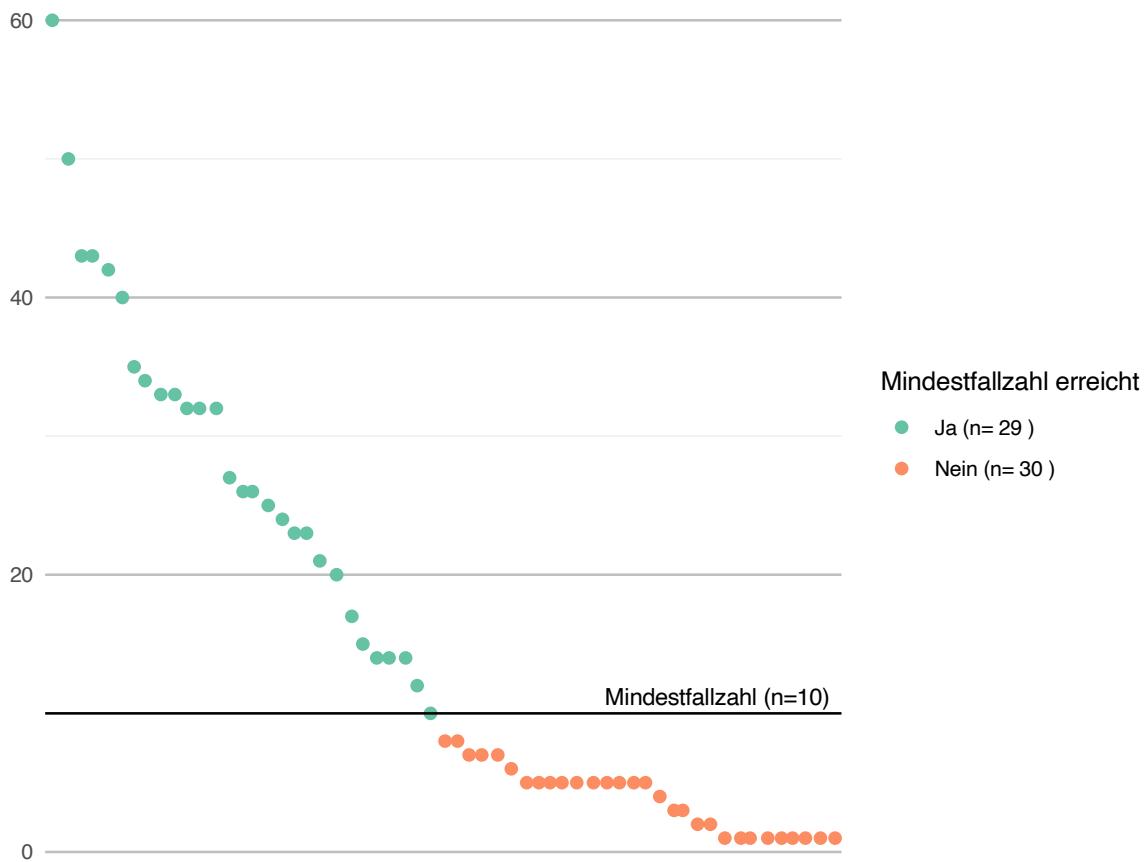
Fallzahlen Radikale Prostatektomie  
(Z.4.28.F) pro Spital



### 3.5.1.15 Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)

- Eingriffe an der Niere mit relativ breitem Spektrum der Komplexität (von der Behandlung einer Zyste oder eines Tumors bis zur Teilentfernung der Niere)

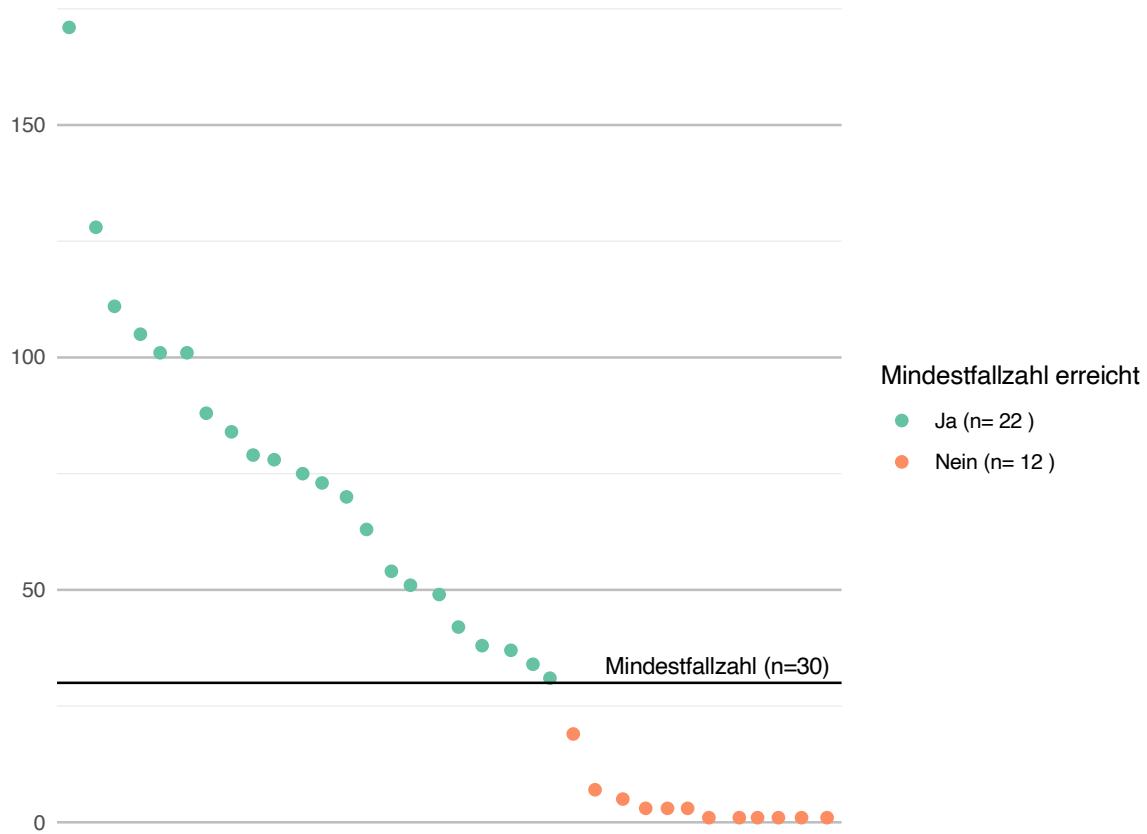
Fallzahlen Komplexe Chirurgie  
der Niere (Tumornephrektomie und  
Nierenteilsektion) (Z.4.30.F) pro Spital



### 3.5.1.16 Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Pneumonektomie)

- Eingriffe, bei denen Teile der Lunge entfernt werden (wird typischerweise bei Lungenkrebs durchgeführt)

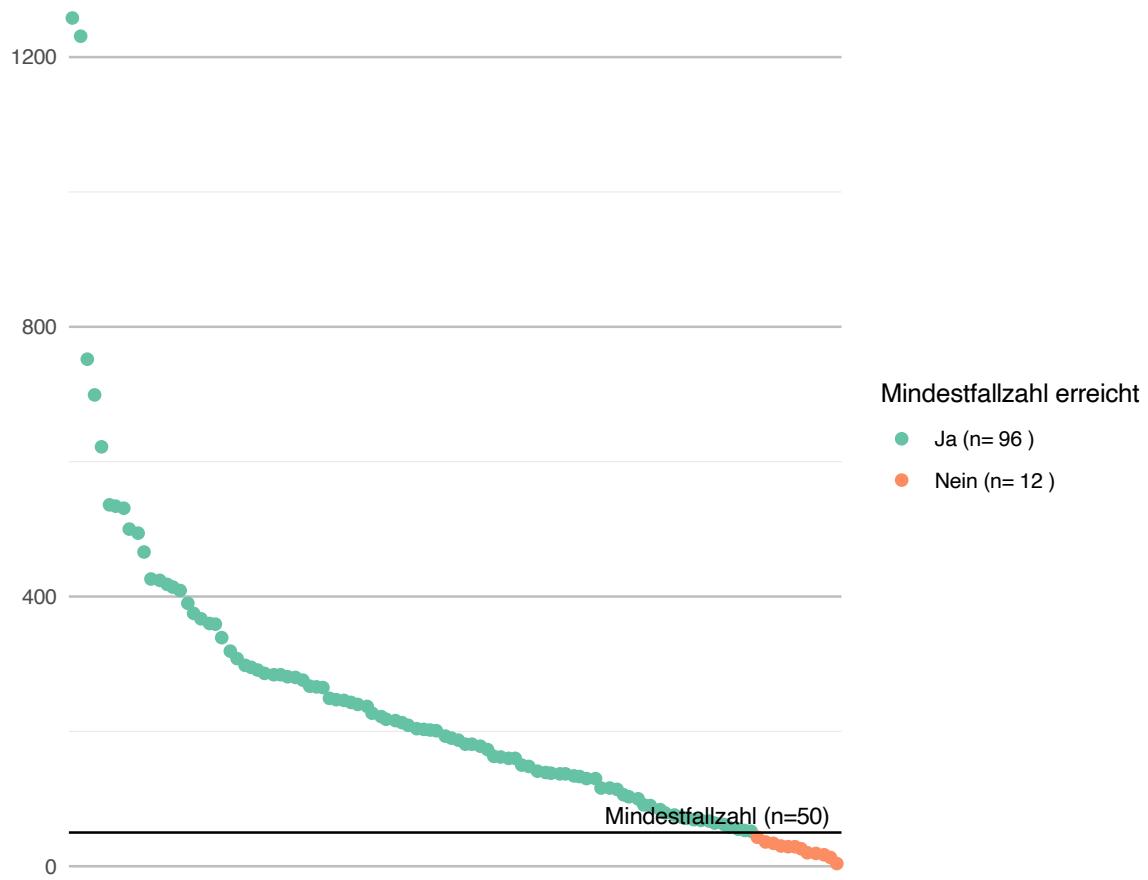
Fallzahlen Maligne Neoplasien des  
Atmungssystems (kurative Resektion durch  
Lobektomie / Pneumonektomie) (Z.4.31.F)  
pro Spital



### 3.5.1.17 Erstprothese Hüfte

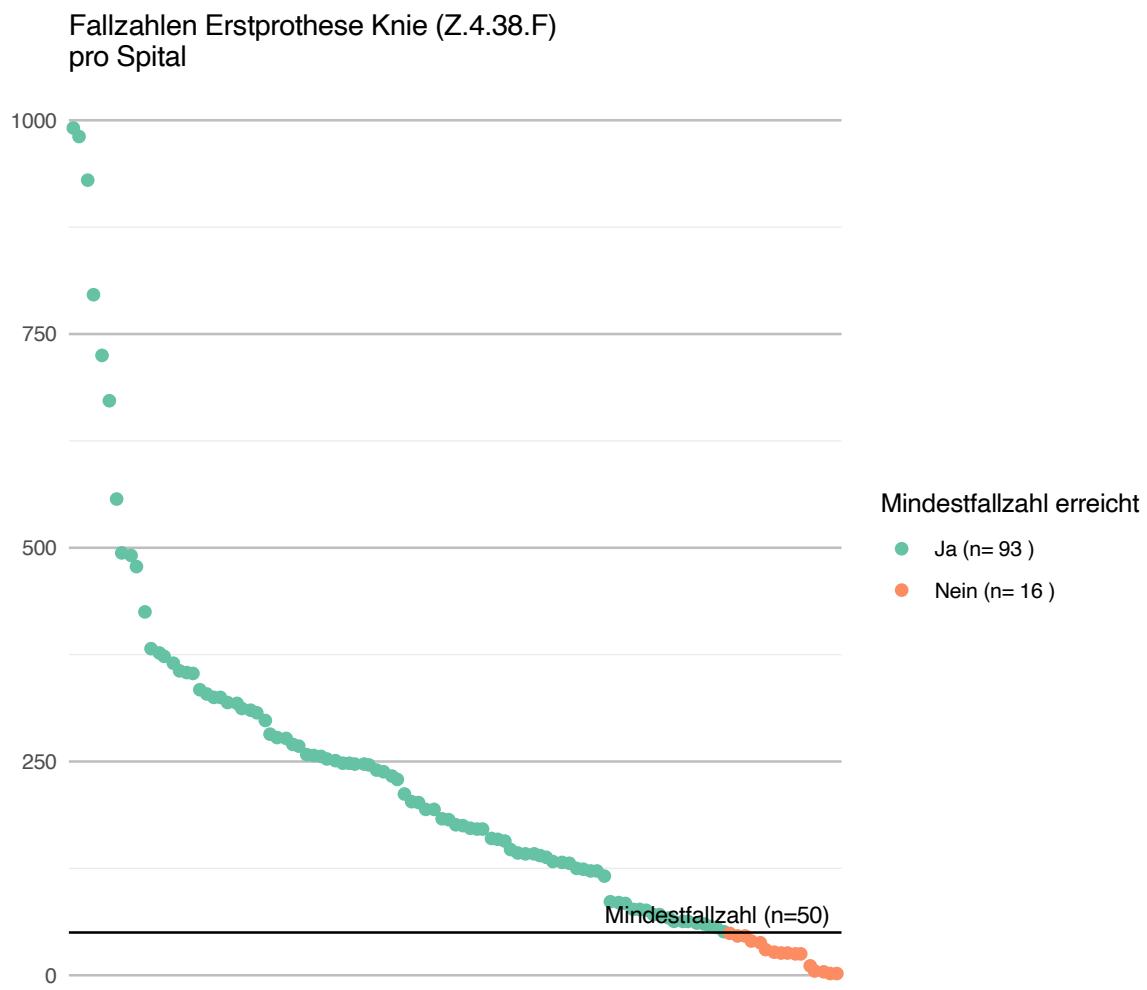
- Erstmalige Implantation von Hüftprothesen, inkl. kleineren Revisionen und Prothesenwechsel

Fallzahlen Erstprothese Hüfte (Z.4.37.F)  
pro Spital



### 3.5.1.18 Erstprothese Knie

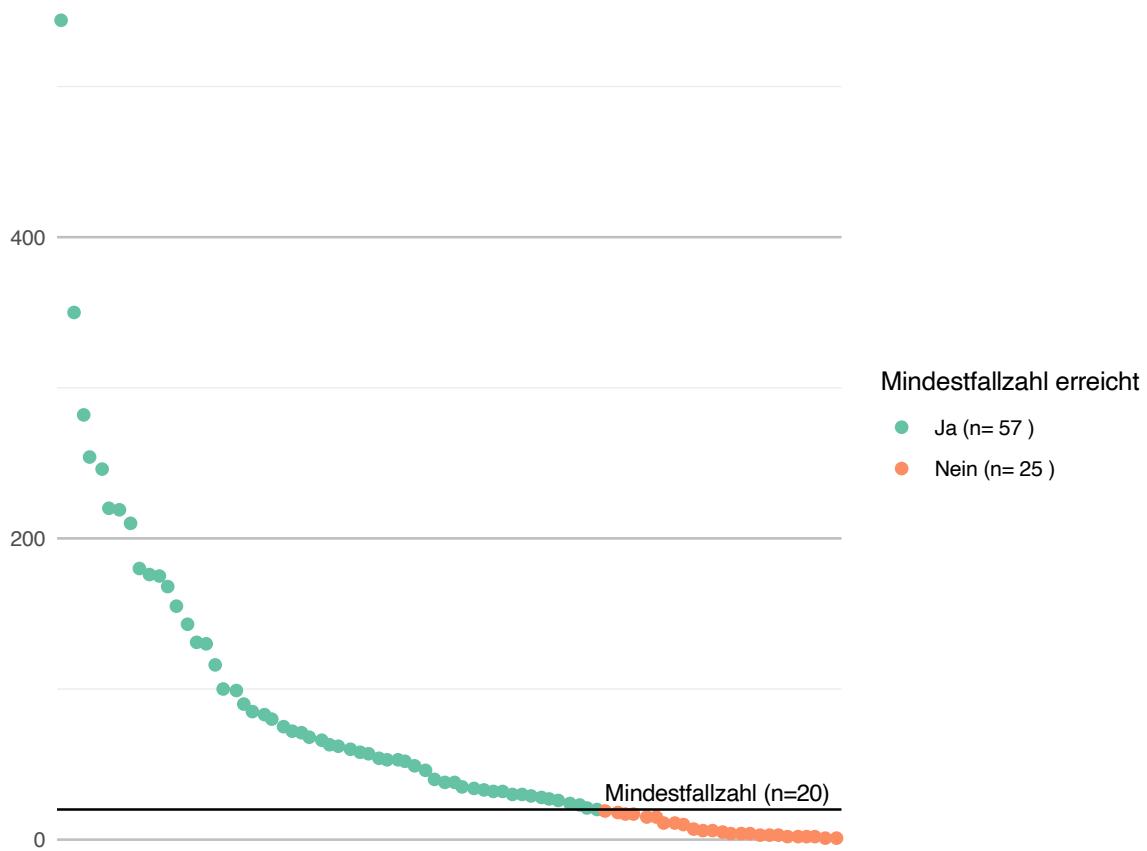
- Erstmalige Implantation von Knieprothesen, inkl. kleineren Revisionen und Prothesenwechsel



### 3.5.1.19 Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie

- Eingriffe an Bandscheiben, Wirbelkörpern, Stabilisierungen der Wirbelsäule und Implantation von Bandscheibenprothesen

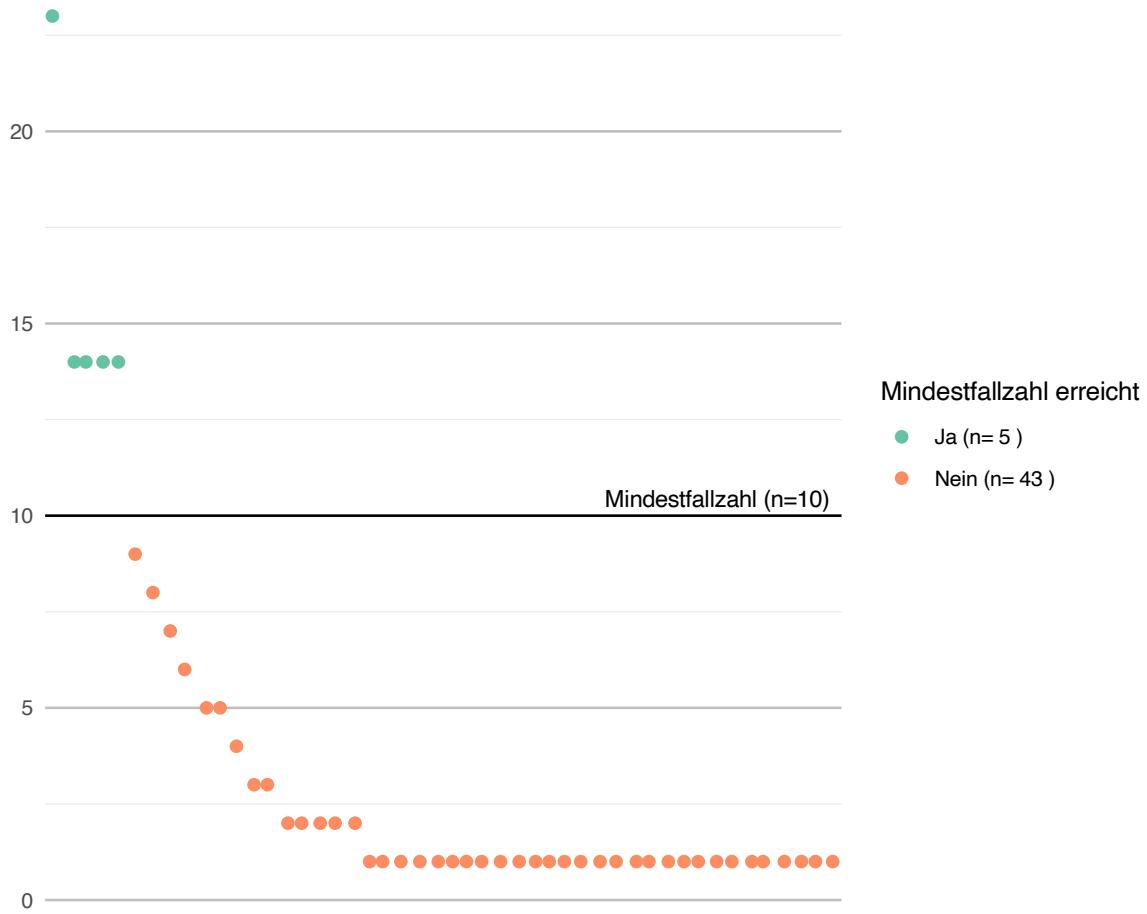
Fallzahlen Spezialisierte  
Wirbelsäulenchirurgie (Z.4.39.F) pro  
Spital



### 3.5.1.20 Plexuschirurgie

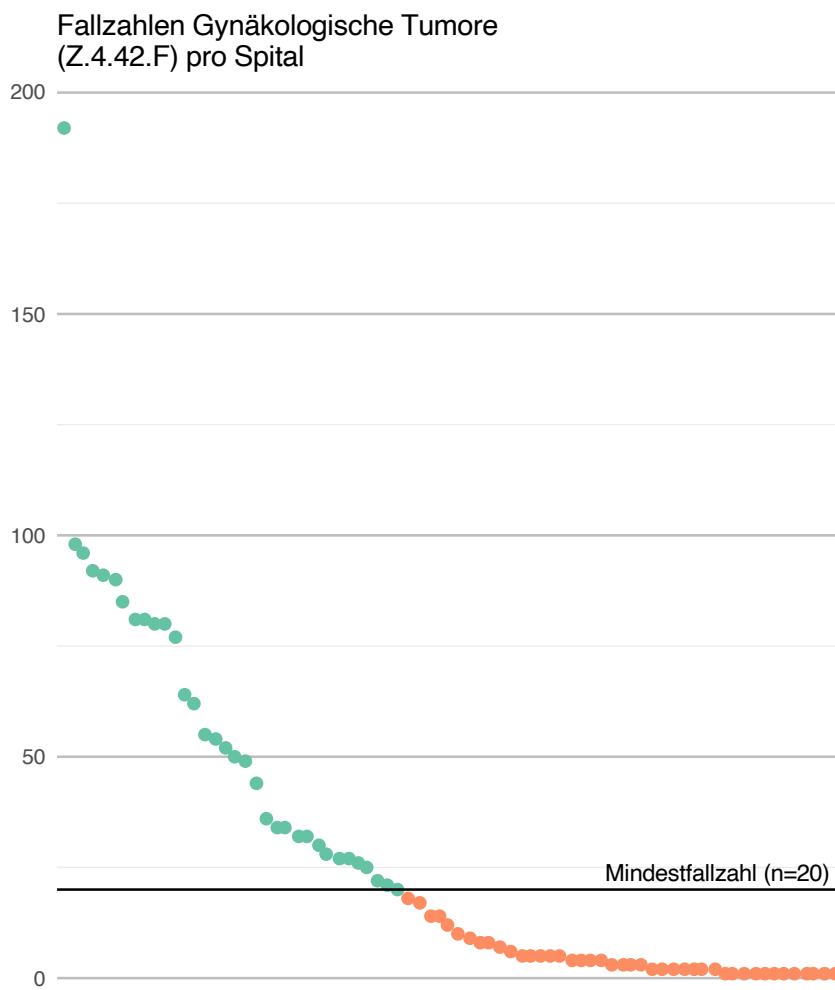
Chirurgie an peripheren Nerven bei Verletzungen oder Überlastungen, anhand von Rekonstruktion oder chirurgischer Entlastung des Nervs

Fallzahlen Plexuschirurgie (Z.4.41.F)  
pro Spital



### 3.5.1.21 Gynäkologische Tumore

- Behandlungen von bösartigen Krebserkrankungen des Becken- und Bauchraumes (Entfernung von Lymphknoten bis zur Entfernung der Geschlechtsorgane und Beckenausräumungen bei fortgeschrittenen Krebserkrankungen



## 4 Literaturverzeichnis

**Assessing the Ambulatory Surgery Center Volume-Outcome Association** [Journal] / Verf. Siddharth Jain, Paul R. Rosenbaum und Joseph G. Reiter et al.. - [s.l.] : JAMA Surgery, 2024. - 4: Bd. 159.

**Association of hospital volume and long-term survival after esophagectomy: A systematic review and meta-analysis** [Journal] / Verf. Wang Qing [et al.]. - [s.l.] : Front. Surg, 2023. - Bd. 10.

**Comparison of Hospital Volume and Risk-Standardized Mortality Rate as a Proxy for Hospital Quality in Complex Oncologic Hepatopancreatobiliary Surgery** [Journal] / Verf. William T. Julian MS Mohamedraed Elshami MD, MMSc, John B. Ammori MD, Jeffrey M. Hardacre MD & Lee M. Ocuin MD. - [s.l.] : Annals of Surgical Oncology, 2024. - Bd. 31.

**Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung** [Online]. - 07. 10 2025. - <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/spitaeler/planung/empfehlungen-der-gdk-zur-spitalplanung>.

**Low-Volume Elective Surgery and Outcomes in Medicare Beneficiaries Treated at Hospital Networks** [Journal] / Verf. Stanley Kalata MD, Sara L. Schaefer MD und Ushapoorna Nuliayahu // JAMA Surgery. - 2024. - S. Vol. 159, No. 2.