

Auszug aus dem Protokoll des Stadtrats von Zürich

vom 28. Februar 2018

123.

Schriftliche Anfrage von Peter Schick und Rolf Müller betreffend hochdefizitäre und defizitäre Fälle in den Stadtspitälern Waid und Triemli, Entwicklung der Fallzahlen seit 2012 sowie Beurteilung der Wachstumsstrategie auf der Grundlage dieser Zahlen

Am 6. Dezember 2017 reichten Gemeinderäte Peter Schick und Rolf Müller (beide SVP) folgende Schriftliche Anfrage, GR Nr. 2017/444, ein:

Am 15. November 2017 beantwortete der Stadtrat die Anfrage 2017/276 zu hochdefizitären Fällen an den Stadtspitälern. Es fällt auf, dass am Triemlispital keine Aussage bezüglich der Entwicklung dieser Fälle vor dem Jahr 2015 gemacht wurde. Diese Tatsache erstaunt doch sehr ob der finanziellen Tragweite und Anzahl dieser Fälle. Die fehlenden Angaben werden damit begründet, dass die differenzierte Erfassung solcher Fälle mit einem grossen Aufwand verbunden ist. Rechnet man äusserst konservativ mit Kosten von 30 000 Franken pro Fall und 326 Fällen im Jahr 2016, dann ergibt sich ein Defizit von mindestens 9 780 000 Franken, welches durch hochdefizitäre Fälle im Jahr 2016 am Stadtspital Triemli entstanden ist. In Tat und Wahrheit ist wohl noch von einem weit höheren Betrag die Rede. In diesem Zusammenhang von einer Spitze des Eisberges zu reden (Zitat aus der schriftlichen Anfrage 2017/276) und weiterführende Analysen mit der Begründung «grosser Aufwand bei der Erfassung» zu verweigern ist inakzeptabel.

In diesem Zusammenhang bitten wir den Stadtrat um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wie entwickelte sich die Gesamtzahl der hochdefizitären Fälle am Stadtspital Triemli seit Einführung des DRG im Jahr 2012 bis 2016? Bitte um Aufschlüsselung der Fallzahlen nach behandelnder Klinik.
2. Wie hoch war die Gesamtsumme in Franken, welche im Jahr 2016 durch hochdefizitäre Fälle am Stadtspital Triemli generiert wurde?
3. Wie entwickelte sich die gesamte Anzahl der defizitären Fälle (inklusive hochdefizitäre Fälle) an den Stadtspitälern Waid und Triemli seit 2012? Bitte um Auflistung der Gesamtzahl defizitärer Fälle nach Jahr und Spital sowie der Gesamtsumme an Defizit pro Jahr in Franken.
4. In der Antwort auf die Anfrage 2017/276 wird darauf hingewiesen, dass die Sichtweise auf einzelne Kliniken die Tatsache vernachlässigt, dass es in den einzelnen Kliniken mit hochdefizitären Fällen auch Leistungseinheiten gibt, welche zum Teil erhebliche Überschüsse erzielen. Als Beispiel werden die Herzchirurgie und die Kardiologie angeführt. Wir bitten um eine Konkretisierung dieser These für alle Bereiche mit hochdefizitären Fällen. In welchem Bereich der Abteilungen für Neurochirurgie und Orthopädie, der Geburtshilfe, der Kliniken für Allgemein-, Hand- und Unfallchirurgie, der Klinik für Innere Medizin, der Klinik für Kinder und Jugendliche, der Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, der Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin, der Klinik für Urologie und Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie werden Gewinne erwirtschaftet, welche hochdefizitäre Fälle ausgleichen? Bitte um Untermalung der Antworten mit einer Aufstellung des Aufwandes und Ertrages pro genanntem Bereich, beispielhaft für das Jahr 2016.
5. Wie ist die Wachstumsstrategie der Stadtspitäler in Anbetracht der Antworten auf die Fragen 1 bis 4 zu interpretieren? Welche Berechnungen stützen die These, dass eine Wachstumsstrategie zu weniger Defizit führt? Wie beurteilt der Stadtrat die Wachstumsstrategie anhand der aktuellen Entwicklung an den Stadtspitälern auch im Hinblick auf die aktuellen Verdichtungsmassnahmen am Triemlispital? Ist aus Sicht des Stadtrates die Wachstumsstrategie gescheitert?
6. Welche Strategie verfolgt der Stadtrat aktuell? Wird weiterhin ein Wachstum in allen Bereichen der Stadtspitäler angestrebt? Wurde eine Korrektur an der Wachstumsstrategie vorgenommen oder wird eine Korrektur in nächster Zeit erfolgen? Falls ja, welche Korrekturen konkret sind geplant?
7. In Anbetracht der Investitionsplanung und der Bautätigkeit an den Stadtspitälern, in welchen Bereichen wird aktuell ein Schwerpunkt gesetzt? Welche strategischen Überlegungen liegen hierzu zugrunde? Ist ein Investitionsstopp bis zur Erarbeitung und Umsetzung einer Spitäler-Strategie eine Option? Was wäre die Folge eines solchen Investitionsstopps? Mit Investitionen sind hierbei nicht werterhaltende Arbeiten sondern Kapazitätserweiterungen und Angebotserweiterungen gemeint, wie sie beispielsweise mit der Notfallpraxis des Triemli kürzlich erfolgt sind.

Der Stadtrat beantwortet die Anfrage wie folgt:

Bei der Abgeltung nach DRG (Diagnosis Related Groups bzw. diagnosebezogene Fallgruppen) handelt es sich um ein System mit Durchschnittspauschalen. Wird der Aufwand, den eine

Spitalbehandlung verursacht, durch deren Abgeltung nicht gedeckt, bleibt dem behandelnden Spital ein Defizitbetrag und die Fallbehandlung bleibt defizitär. Beträgt der nicht von der Vergütung gedeckte Aufwand für eine Spitalbehandlung mindestens Fr. 30 000.–, wird sie von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich als «hochdefizitärer Fall» bezeichnet (Analyse der defizitären Fälle im Gesundheitsversorgungsbericht 2014, Ziff. 1.4.5 «Herausforderungen mit defizitären Patienten», S. 23 ff., https://gd.zh.ch/content/dam/gesundheitsdirektion/direktion/unsere_direktion/veroeffentlichungen/diverses/zuercher_psychiatriekonzept_1999.pdf). Diese Definition wurde auch von den Gerichten übernommen, wie beispielsweise im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-6392/2014 vom 27. April 2015, E 4.1 und liegt auch der vorliegenden Schriftlichen Antwort zugrunde.

Nach dieser einleitenden Bemerkung können die Fragen wie folgt beantwortet werden:

Zu Frage 1 («Wie entwickelte sich die Gesamtzahl der hochdefizitären Fälle am Stadtspital Triemli seit Einführung des DRG im Jahr 2012 bis 2016? Bitte um Aufschlüsselung der Fallzahlen nach behandelnder Klinik»):

Wie die folgende Tabelle zeigt, steigt die Anzahl der hochdefizitären Fälle von 2012 bis 2016 kontinuierlich an. So sind diese seit 2012 für das Gesamtspital um über 50 Prozent (von fast 200 auf über 300) angestiegen. Pro Klinik ist diese Entwicklung unterschiedlich. So ist z. B. in der Inneren Medizin eine Verdopplung zu beobachten.

STZ	Anzahl hochdefizitärer Fälle pro Jahr				
	2012	2013	2014	2015	2016
Klinik					
Abteilung für Neurochirurgie	3	2	4	3	2
Abteilung Orthopädie	2	3	4	7	9
Geburtshilfe	2	1	1	2	2
Gynäkologie	1	5	9	4	0
Klinik für Allgemein-, Hand- und Unfallchirurgie	16	24	17	22	44
Klinik für Herzchirurgie	37	41	40	53	42
Klinik für Innere Medizin	48	68	67	95	104
Klinik für Kardiologie	24	21	27	12	24
Klinik für Kinder und Jugendliche	5	3	3	5	7
Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie	4	8	4	7	7
Klinik für Ophthalmologie	0	0	0	0	0
Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin	7	10	9	7	2
Klinik für Rheumatologie	1	3	7	5	1
Klinik für Urologie	1	0	11	6	7
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie	46	30	56	58	57
Säuglinge ohne Neonatologie	0	0	0	0	0
Total	197	219	259	286	308

Zu Frage 2 («Wie hoch war die Gesamtsumme in Franken, welche im Jahr 2016 durch hochdefizitäre Fälle am Stadtspital Triemli generiert wurde?»):

Im Jahr 2016 summierte sich für das STZ ein Verlust auf den hochdefizitären Fällen von insgesamt 15,9 Millionen Franken.

Zu Frage 3 («Wie entwickelte sich die gesamte Anzahl der defizitären Fälle (inklusive hochdefizitäre Fälle) an den Stadtspitälern Waid und Triemli seit 2012? Bitte um Auflistung der Gesamtzahl defizitärer Fälle nach Jahr und Spital sowie der Gesamtsumme an Defizit pro Jahr in Franken»):

SWZ	Anzahl Fälle		Kostenüberschuss aller defizitären Fälle (in Mio. Fr.)
	hochdefizitäre	defizitäre	
2012	127	4061	26,6
2013	44	3425	19,9
2014	78	3834	21,2
2015	51	3437	17,2
2016	57	3957	19,9

STZ Jahr	Anzahl Fälle		Kostenüberschuss aller defizitären Fälle (in Mio. Fr.)
	hochdefizitäre	defizitäre	
2012	197	9000	50,2
2013	219	8951	50,0
2014	259	8992	53,5
2015	286	10 314	60,2
2016	308	11 650	63,4

Zu Frage 4 («In der Antwort auf die Anfrage 2017/276 wird darauf hingewiesen, dass die Sichtweise auf einzelne Kliniken die Tatsache vernachlässigt, dass es in den einzelnen Kliniken mit hochdefizitären Fällen auch Leistungseinheiten gibt, welche zum Teil erhebliche Überschüsse erzielen. Als Beispiel werden die Herzchirurgie und die Kardiologie angeführt. Wir bitten um eine Konkretisierung dieser These für alle Bereiche mit hochdefizitären Fällen. In welchem Bereich der Abteilungen für Neurochirurgie und Orthopädie, der Geburtshilfe, der Kliniken für Allgemein-, Hand- und Unfallchirurgie, der Klinik für Innere Medizin, der Klinik für Kinder und Jugendliche, der Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, der Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin, der Klinik für Urologie und Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie werden Gewinne erwirtschaftet, welche hochdefizitäre Fälle ausgleichen? Bitte um Untermalung der Antworten mit einer Aufstellung des Aufwandes und Ertrages pro genanntem Bereich, beispielhaft für das Jahr 2016.»):

Die folgende Übersicht zeigt, dass im Jahr 2016 mit mehr als der Hälfte (52,5 Prozent) der stationären Fälle ein Ertragsüberschuss erzielt wurde. Im Aufwand sind insbesondere folgende Kosten mitberücksichtigt: engere Betriebskosten wie Arzneimittel, Material, Implantate, Honorare, Patiententransporte, Patientenadministration, Kosten für OP-Säle, IPS, Notfall, Pflege, Anästhesie, Arztkosten, Therapien, Labor sowie Abschreibungen und Zinskosten (Anteil Mobilien und Immobilien). Der Ertragsüberschuss beläuft sich im Jahr 2016 für das Gesamtspital auf insgesamt 50,7 Millionen Franken (Gesamtertrag von 177,7 Millionen Franken minus Gesamtaufwand von 127,0 Millionen Franken). Der Kostenüberschuss von 63,4 Millionen Franken bei den defizitären Fällen kann damit nicht kompensiert werden und es verbleibt ein stationärer Gesamtkostenüberschuss von 12,7 Millionen Franken.

STZ Fälle mit Ertragsüberschuss je Klinik			
	Aufwand in Mio. Fr.	Ertrag in Mio. Fr.	Anzahl Fälle
Klinik			
Abteilung für Neurochirurgie	2,5	3,1	158
Abteilung Orthopädie	2,2	3,1	139
Geburtshilfe	6,9	8,9	1029
Gynäkologie	4,0	5,3	516
Klinik für Allgemein-, Hand- und Unfallchirurgie	12,5	18,4	1198
Klinik für Herzchirurgie	14,0	17,4	358
Klinik für Innere Medizin	18,3	26,3	2043
Klinik für Kardiologie	21,0	29,6	1665
Klinik für Kinder und Jugendliche	2,4	3,2	455
Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie	3,1	5,1	386
Klinik für Ophthalmologie	3,9	6,9	594
Klinik für Radioonkologie und Nuklearmedizin	3,1	4,9	298
Klinik für Rheumatologie	3,2	4,4	376
Klinik für Urologie	6,5	9,2	792
Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie	20,7	28,2	1488
Säuglinge ohne Neonatologie	2,6	3,7	1366
Total	127,0	177,7	12 861

Zu Frage 5 («Wie ist die Wachstumsstrategie der Stadtspitäler in Anbetracht der Antworten auf die Fragen 1 bis 4 zu interpretieren? Welche Berechnungen stützen die These, dass eine Wachstumsstrategie zu weniger Defizit führt? Wie beurteilt der Stadtrat die Wachstumsstrategie anhand der aktuellen Entwicklung an den Stadtspitalern auch im Hinblick auf die aktuellen Verdichtungsmassnahmen am Triemlihospital? Ist aus Sicht des Stadtrates die Wachstumsstrategie gescheitert?»):

Die Wachstumsstrategie wurde im Jahr 2013 als Antwort auf die erwarteten zusätzlichen Anlagennutzungskosten sowie den Kapazitäten der Triemli-Infrastruktur im Zusammenhang mit den Neubauprojekten beschlossen und zielte darauf ab, die Anzahl an Fällen in den gegebenen Leistungsgruppen (SPLG) breit zu steigern und damit einen zusätzlichen Deckungsbeitrag an die Fixkosten zu erwirtschaften. Eine möglichst gute Auslastung der vorhandenen Infrastruktur und Ressourcen (Fixkosten) ist der Hebel schlechthin für eine bessere Wirtschaftlichkeit. Seit 2012 konnten die Erträge um über 50 Millionen Franken pro Jahr gesteigert werden. Allerdings wurden die Erträge im Jahr 2015 durch Anpassungen im DRG-Katalog und im ambulanten Bereich durch die Einführung eines neuen Tarmed-Tarifs deutlich gemindert. Die Wachstumsstrategie konnte vorübergehend nicht realisiert werden. Die künftige Entwicklung wird zeigen, ob das schwache Wachstum der Fallzahlen 2017 ein einmaliger Einbruch war oder einem längerfristigen Trend entspricht.

Mit der geplanten Verdichtung innerhalb der bestehenden Infrastruktur und einem weiteren Fallwachstum in denjenigen Bereichen, in denen Ertragsüberschüsse erzielt werden können, wird eine Verbesserung des Rechnungsergebnisses angestrebt.

Zu Frage 6 («Welche Strategie verfolgt der Stadtrat aktuell? Wird weiterhin ein Wachstum in allen Bereichen der Stadtspitäler angestrebt? Wurde eine Korrektur an der Wachstumsstrategie vorgenommen oder wird eine Korrektur in nächster Zeit erfolgen? Falls ja, welche Korrekturen konkret sind geplant?»):

Für die kommenden Jahre wird aufgrund der Prognosen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich vom Dezember 2017 (Gesundheitsversorgungsbericht 2017) von einem Fallwachstum ausgegangen. Es ist jedoch einerseits auch davon auszugehen, dass die Verlagerung von «stationär» zu «ambulant» und die weitere Verkürzung der Aufenthaltsdauern den Bedarf an stationärem Angebot verringert. Andererseits spricht neben dem Bevölkerungswachstum der Trend zur Spezialisierung in der Medizin für eine im vorstehenden Sinne angepasste Wachstumsstrategie des STZ.

Zu Frage 7 («In Anbetracht der Investitionsplanung und der Bautätigkeit an den Stadtspitalern, in welchen Bereichen wird aktuell ein Schwerpunkt gesetzt? Welche strategischen Überlegungen liegen hierzu zugrunde? Ist ein Investitionsstopp bis zur Erarbeitung und Umsetzung einer Spitaler-Strategie eine Option? Was wäre die Folge eines solchen Investitionsstopps? Mit Investitionen sind hierbei nicht werterhaltende Arbeiten sondern Kapazitäts- und Angebotserweiterungen gemeint, wie sie beispielsweise mit der Notfallpraxis des Triemli kürzlich erfolgt sind.»):

Die baulichen Massnahmen und Investitionen der Stadtspitäler werden analysiert, sorgfältig beurteilt und nötigenfalls reduziert. In Bereichen, in denen zusätzliche Ertragsüberschüsse erzielt werden können, sind Investitionen sinnvoll. Zudem muss die Erfüllung der Leistungsaufträge sichergestellt sein, weshalb die Infrastruktur den aktuellen Anforderungen genügen muss. So hat denn auch der Gemeinderat für die Instandhaltung und den Ausbau der Infrastruktur der Klinik für Kardiologie STZ am 20. Dezember 2017 einstimmig neue Investitionen in der Höhe von über sieben Millionen Franken bewilligt. Die Klinik erbringt nicht nur hervorragende medizinische Leistungen, sondern erwirtschaftet auch einen substanziellen Anteil des Gesamtumsatzes des Triemli sowie jährlich Ertragsüberschüsse. Ein weiteres Beispiel für sinnvolle Investitionen ist die Eröffnung des neuen Notfallzentrums Mitte 2017. Damit wurden die Kapazitäten für die stetig wachsende Zahl von Notfallpatientinnen und -patienten erweitert. In der klassischen Notfallstation werden weiterhin Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenderen Erkrankungen aufgenommen oder wenn chirurgische Eingriffe notwendig sind. Betroffene mit kleineren Leiden, etwa einer Knieverletzung oder einer harmlosen Schnittwunde, erhalten Hilfe in der neu eingerichteten Notfallpraxis. Der Erfolg dieser Massnahme lässt sich

frankenmässig nicht beziffern. Aber die Patientinnen und Patienten können dadurch gezielter behandelt werden, die Abläufe sind effizienter und der Personaleinsatz erfolgt gezielter. Für die Patientinnen und Patienten resultieren kürzere Wartezeiten.

Medizinischer Fortschritt verändert die Behandlungsweisen und Behandlungsabläufe. Dies führt zu einer zunehmenden Verschiebung von stationär zu ambulant erbrachten Leistungen. Diese Entwicklung wird von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich zusätzlich forciert. Der Ertrag für ambulant erbrachte Leistungen (Tarmed) in den bestehenden Strukturen ist tiefer als jener für stationär erbrachte Leistungen (SwissDRG). Das heisst im Grundsatz, dass ambulante Leistungen nicht kostendeckend in einer für stationäre Leistungen ausgerichteten Infrastruktur erbracht werden können, weshalb bauliche Massnahmen und Prozessoptimierungen zwingend notwendig sind.

Ein Investitionsstopp hätte zur Folge, dass die Stadtspitäler Leistungsaufträge verlieren würden und mit den kommenden Entwicklungen, insbesondere mit der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, nicht Schritt halten könnten. Die bisherigen Investitionen wären durch einen Investitionsstopp gefährdet. Das Personal würde verunsichert. Es herrscht schon heute ein Mangel an gut ausgebildetem Fachpersonal. Es drohte eine Abwanderung von gut ausgebildetem Personal, speziell von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachleuten. Weil sich die Spitallandschaft zurzeit dynamisch verändert, würde ein Investitionsstopp einen nicht wieder gutzumachenden Schaden verursachen.

Vor dem Stadtrat

die Stadtschreiberin

Dr. Claudia Cucho-Curti