

Sitzung vom 7. Juni 2016

**538. Anfrage (Anzahl Spitalbetten – Entwicklung bis 2020)**

Die Kantonsräte Lorenz Schmid, Männedorf, sowie Kaspar Bütikofer und Cyrill von Planta, Zürich, haben am 21. März 2016 folgende Anfrage eingereicht:

Im Strukturbericht zur Spitalplanung 2012 prognostizierte der Regierungsrat im 2011 den Bedarf an Pflgebetagen in der Akutsomatik aufgrund der Entwicklung der Demographie, der Medizinaltechnologie, der Epidemiologie sowie der ökonomischen Entwicklung (Substitution und Verkürzung des Spitalaufenthalts) bis 2020 auf +/-0%. Die Zunahme an Patienten aufgrund der demographische Entwicklung und Medizinaltechnik wird durch die Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer neutralisiert.

Der NZZ vom 2. Dezember 2015 ist zu entnehmen, dass bis 2023 im Kanton Zürich rund 400 neue Spitalbetten für die Akutsomatik entstehen werden, was einem Zuwachs von ca. 9% entspricht. In dieser Berechnung nicht berücksichtigt sind weitere mögliche Neubetten durch den Umbau / Neubau des Universitätsspitals Zürich. Im Bericht Gesundheitsversorgung 2014 Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie weist die Zürcher Gesundheitsdirektion eine Umsatzrendite der nicht-universitären Listenspitäler im Mittel von 3,7% aus, und analysiert, Zitat: «Insgesamt lassen die Ergebnisse der Spitäler auch im zweiten Jahr der neuen Spitalfinanzierung darauf schliessen, dass die vom Regierungsrat festgesetzten Tarife sachgerecht waren: weder haben die Spitäler sehr hohe Gewinne erzielt, noch haben sie mehrheitlich Verluste erlitten.» Hierzu stellen sich folgende Fragen:

1. Wie kommentiert der Regierungsrat die Entwicklung rasant wachsender Kapazitäten in der Akutsomatik im Widerspruch stehend zu seiner im 2011 postulierten Entwicklungsplanung?
2. Wie hoch schätzt der Regierungsrat die Überkapazität heute, in fünf und in zehn Jahren?
3. Wie kommentiert der Regierungsrat die ökonomischen Risiken der Kapazitätsausweitung. Lassen «sachgerechte» Umsatzrenditen (siehe Bericht Gesundheitsversorgung 2014) überhaupt eine Kapazitätserweiterung um 9% zu, ohne grosse Risiken für öffentliche Trägerschaften und Steuerzahler?

4. Laut dem Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz SPFG stellt der Kanton die notwendige Spitalversorgung sicher. Leitet der Regierungsrat daraus ab, dass ihm alleine bei drohender Unterversorgung eine Verantwortung zukommt, jedoch nicht bei drohender Überversorgung inkl. drohender Kostenexplosion?
5. Wie sieht der Regierungsrat die Möglichkeit, Unter- oder Überversorgung zu beeinflussen. Sieht der Regierungsrat über die Erteilung der Leistungsaufträge eine Möglichkeit, die rasant wachsenden Kapazitäten zu drosseln?
6. Gibt es andere Möglichkeiten, wie die Kapazitätsausweitung gesteuert werden kann – durch den Regierungsrat, oder durch andere Instanzen?
7. Die Fallgewichtung nach DRGs erfolgt auf normierten Kostenrechnungen der Spitäler. Die DRG Gewichtung ist nicht als Instrument der Leistungsplanung vorgesehen. Warum? Wäre eine bedarfsgerechte Kapazitätsplanung in der Akutsomatik über DRG nicht wünschenswert, im Sinne – wo und in welchen Fachbereichen Überversorgung droht, wird die DRG Gewichtung gesenkt, wo Unterversorgung droht, wird die DRG Gewichtung angehoben.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Lorenz Schmid, Männedorf, sowie Kaspar Bütikofer und Cyrill von Planta, Zürich, wird wie folgt beantwortet:

Zu Frage 1:

Die Prognosen im Strukturbericht zur Spitalplanung 2012 beruhen auf den Fallzahlen und Pfl egetagen des Jahres 2010 und den damals zur Verfügung stehenden Voraussagen zur Bevölkerung, Medizintechnik und Epidemiologie. In der Zwischenzeit hat die Bevölkerungszahl fast doppelt so stark zugenommen, als dies das kantonale Amt für Statistik 2010 vorhersagte. Entsprechend sind auch die Fallzahlen und die Pfl egetage stärker gestiegen als 2010 prognostizierte. Seit 2010 sind die Pfl egetage der Zürcher Bevölkerung um rund 5% gestiegen. Dies entspricht einem Bedarf von rund 200 Spitalbetten. Nimmt die Bevölkerungszahl im Kanton bis 2023 entsprechend den aktuellen Vorhersagen des Statistischen Amtes zu, so sind gegenüber der Situation von 2010 bis 2023 rund 500 zusätzliche Spitalbetten notwendig.

Zudem bezieht sich die Prognose im Strukturbericht 2012 auf den Bedarf der Zürcher Bevölkerung an Spitalbehandlungen und nicht auf die benötigten Spitalkapazitäten im Kanton Zürich. Um den künftigen Bedarf der Spitalkapazitäten im Kanton Zürich abschätzen zu können,

muss die Entwicklung bei den ausserkantonalen Patientinnen und Patienten mitberücksichtigt werden. In den fünf Jahren seit der Veröffentlichung des Strukturberichts ist die Zahl der ausserkantonalen Patientinnen und Patienten in den Zürcher Spitälern um rund 20% gestiegen. Steigt diese Zahl weiter, haben die Zürcher Spitäler 2023 rund 16000 mehr ausserkantonale Patientinnen und Patienten zu behandeln als 2010. Allein für die Behandlung dieser ausserkantonalen Patientinnen und Patienten sind bis 2023 gegenüber 2010 rund 300 zusätzliche Betten notwendig.

Angesichts dieser erwarteten zusätzlichen Nachfrage nach stationären Spitalleistungen erscheinen die in der NZZ erwähnten 400 zusätzlichen Betten bis 2023 eher knapp. Die Spitäler müssen die Auslastung weiter verbessern, um das erwartete Nachfragewachstum mit der zusätzlichen Infrastruktur befriedigen zu können. Im Übrigen ist die alleinige Ausrichtung auf die Anzahl Betten nicht zielführend, hat doch oft das Fehlen von Operationssälen oder Fachpersonal einen hemmenden Einfluss und nicht die Anzahl der Spitalbetten.

Zu Frage 2:

Seit 2012 haben sich die Spitalkapazitäten und insbesondere die Anzahl der betriebenen Betten im Kanton Zürich – wie eben erwähnt – kaum verändert. Auf der einen Seite haben einzelne Spitäler die Bettenkapazitäten erweitert, andere Spitäler wiederum haben ganze Abteilungen geschlossen und damit die Zahl der betriebenen Betten verkleinert. Beispielsweise hat das Waidspital die Zahl der betriebenen Betten seit 2010 um über 10% (von 300 auf 261 Betten) verkleinert.

Obwohl die Hospitalisationsrate der Zürcher Bevölkerung trotz des urbanen Umfelds unter dem Schweizer Durchschnitt liegt, ist die Auslastung der Zürcher Spitäler von 2010 bis 2014 von 89,3% auf 91,7% (nach Pfl egetagzählweise vor 2012) gestiegen. In einzelnen Bereichen, insbesondere in der spezialisierten Medizin, gibt es zwar mehr Kapazität, als für die Zürcher Bevölkerung notwendig wäre. Diese wird aber von Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen und von Patientinnen und Patienten aus dem Ausland in Anspruch genommen. Wesentliche allgemeine Überkapazitäten bestehen nicht, und infolge der Zunahme und der Alterung der Zürcher Bevölkerung sowie der erhöhten Nachfrage vonseiten ausserkantonomer und ausländischer Patientinnen und Patienten ist in den nächsten Jahren auch kaum mit Überkapazitäten zu rechnen. Eine breit angelegte Studie der Credit Suisse zum Schweizer Spitalmarkt aus dem Jahr 2013 kommt zum Schluss, dass im Grossraum Zürich eine Zunahme der Anzahl Spitalbetten erforderlich sei, während beispielsweise im Kanton Bern eine Abnahme der Spitalkapazitäten angezeigt sei (vgl. [www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/gesundheitsstudie-de.pdf](http://www.credit-suisse.com/media/production/pb/docs/unternehmen/kmugrossunternehmen/gesundheitsstudie-de.pdf)).

Die Schweiz weist im Übrigen im internationalen Vergleich keine besonders hohe Bettendichte auf: Die Nachbarländer Frankreich, Österreich und Deutschland weisen wesentlich mehr Spitalbetten pro Kopf auf als die Schweiz; Österreich und Deutschland sogar beinahe doppelt so viele.

Zu Frage 3:

Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sind nicht mehr die Kantone, sondern die Eigentümer der Spitäler für die Investitionen zuständig. Mit den im Kanton Zürich geltenden Tarifen können sich die Eigentümer keine Fehlinvestitionen leisten. Sie müssen vielmehr sorgfältig prüfen, ob eine Kapazitätsausweitung sinnvoll ist oder nicht. In medizinischen Fachbereichen und Wohnregionen mit einem erwarteten Nachfragewachstum ist eine Kapazitätsausweitung sinnvoller als in stagnierenden oder schrumpfenden Fachbereichen und Wohnregionen. Mit den jährlich veröffentlichten Kenndaten der Gesundheitsdirektion und weiteren öffentlich zugänglichen Informationen stehen den Spital Eigentümern gute Entscheidungsgrundlagen zur Verfügung ([www.gd.zh.ch/kenndaten](http://www.gd.zh.ch/kenndaten)).

Zu Frage 4:

In erster Linie ist der Kanton dafür zuständig, dass die medizinische Versorgung der Zürcher Bevölkerung sichergestellt ist. Mit der Spitalplanung hat er zudem dafür zu sorgen, dass keine wesentlichen Überkapazitäten entstehen oder bestehen bleiben.

Zu Frage 5:

Eine kapazitätsorientierte Spitalplanung ist seit 2012 in der Akutspitalversorgung nicht mehr erlaubt. Der Regierungsrat kann deshalb die Spitalkapazitäten mit der Spitalplanung nicht mehr direkt steuern. Auch die Leistungsmengen kann er mit den Leistungsaufträgen nur begrenzt steuern, weil die Leistungsaufträge mit keiner Leistungsmenge verbunden sind. Im Kanton Zürich besteht keine gesetzliche Grundlage für eine Mengensteuerung. Zudem ist fraglich, ob eine Mengensteuerung aufgrund der seit 2012 national geltenden Spitalwahlfreiheit zielführend ist. Erfahrungen anderer Kantone mit Mengensteuerungen zeigen, dass die Patientinnen und Patienten in Spitäler anderer Kantone (ohne Mengengrenzungen) ausweichen.

Zu Frage 6:

Eine direkte Steuerung der Leistungsmengen wäre nur durch eine zentrale kantonale Investitionssteuerung möglich. Dazu besteht zum einen keine gesetzliche Grundlage, und zum anderen würde dies das zentrale Element der neuen Spitalfinanzierung – die Übertragung der Investitionsfinanzierung vom Kanton an die Eigentümer – rückgängig machen. Da-

mit viele gleichzeitig ein wesentlicher Vorteil der neuen Spitalfinanzierung weg, nämlich, dass Entscheidungen zu Investitions- und Betriebskosten von derselben Instanz gefällt werden. Dies hätte ausserdem zur Folge, dass Substitutionspotenziale zwischen Betriebs- und Investitionskosten kaum mehr verwirklicht werden könnten.

Ein direkter Einfluss auf die Leistungsmenge könnte mit einer Überprüfung oder Steuerung der vom Krankenversicherungsgesetz (KVG, SR 832.10) als OKP-Leistungen definierten Behandlungen genommen werden, was entsprechend der gesetzlichen Kompetenzordnung auf Bundesebene zu entscheiden wäre. Auf kantonaler Ebene prüft die Gesundheitsdirektion im Rahmen der Leistungsüberprüfung 2016 derzeit eine Änderung des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG, LS 813.20), die sich auf die Leistungsmenge und – indirekt – auf die Anzahl Spitalbetten auswirken kann (vgl. RRB Nr. 236/2016). Ambulante Behandlungen sollen, soweit sie medizinisch gleichwertig sind, gegenüber der stationären Spitalbehandlung stärker gefördert werden (Grundsatz «ambulant vor stationär»): Kann eine Untersuchung oder Behandlung ohne Nachteil für die Patientin oder den Patienten ambulant durchgeführt werden, müssen die Spitäler künftig die kostengünstigere ambulante Variante wählen. Zur Umsetzung dieser Regel in den Spitalalltag soll die Gesundheitsdirektion im SPFG ermächtigt werden, eine Liste jener Untersuchungen und Behandlungen zu erstellen, die künftig ambulant durchzuführen sind. Der Kanton würde sich nur dann an den Kosten einer stationären Durchführung beteiligen, wenn dazu besondere Gründe vorliegen.

Zu Frage 7:

Die DRG-Kostengewichte werden national von der SwissDRG AG aufgrund der tatsächlichen Kosten berechnet. Die relativen Preise gelten national. Eine Berücksichtigung lokaler oder regionaler Unter- oder Überversorgung ist deshalb nicht möglich. Im Unterschied zum TARMED werden die DRG-Kostengewichte jährlich angepasst und berücksichtigen auf diese Weise die unterschiedlichen Produktivitätsfortschritte der einzelnen Fachbereiche.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

**Husi**