

CHEFÄRZTE-GESELLSCHAFT DES KANTONS ZÜRICH

Präsidentin:

Dr. med. N. Lindenmann
Spital Affoltern
8910 Affoltern a.A.
Tel: 044 714 27 27
nadja.lindenmann@spitalaffoltern.ch

Vizepräsidentin:

Dr. St. von Orelli
Stadtspital Triemli
8063 Zürich
Tel: 044 416 20 10
stephanie.vonorelli@triemli.zuerich.ch

Kassierin:

Dr. med. Ulrike Bauerfeind
Spital Zollikerberg
8125 Zollikerberg
Tel: 044 397 23 11
ulrike.bauerfeind@spitalzollikerberg.ch

Aktuar:

PD Dr. Alexander Müller
Uroviva Spital Limmattal
8953 Schlieren
Tel: 044 733 2439
alexander.mueller@spital-limmattal.ch

Affoltern am Albis, den 19.04.2022

Betr.: Vernehmlassung Strukturbericht, Spitalliste 2023

Sehr geehrte Damen und Herren

Vielen Dank für die Einladung zur Vernehmlassung des Strukturberichtes und der provisorischen Zürcher Spitalliste 2023, der wir gerne nachkommen.

Als Vertretung der Chef- und leitenden Ärzte und Ärztinnen *aller* nicht-universitären, Zürcher Spitäler können und wollen wir natürlich nicht Stellung nehmen zu Leistungsaufträgen einzelner Spitäler. Wir nehmen die Einladung aber gerne wahr, um unsere Überlegungen zu den grundsätzlichen Kriterien zu teilen.

In Kapitel C 3.3 wird das Evaluationskriterium Wirtschaftlichkeit ausgeführt. Hier wird beschrieben, dass die Kosteneffizienz anhand von Kostenvergleichen zwischen den Bewerberinnen und Bewerbern evaluiert wird. «Hierfür werden die..... Kosten ins Verhältnis zur Fallzahl gesetzt.....». Die hier erwähnte Fallzahl heisst für jede Abteilung eines Spitals, dass im Budget eine zu erbringende Fallzahl definiert wird, die – meist monatlich – mit den tatsächlichen Fallzahlen verglichen und den ärztlichen Bereichsleitungen kommuniziert werden. Somit gilt es für Chef- und Leitende Ärzte und Ärztinnen Fälle zu generieren, um die Budgetvorgaben einzuhalten und um die Wirtschaftlichkeit eines Spitals zu gewährleisten. Im Budgetierungsprozess eines jeden Spitals ergibt sich also das Spannungsfeld zwischen «profitablem Wachstum» des Wirtschaftsunternehmens Krankenhaus und den medizinischen Notwendigkeiten. Dies ist dem System inhärent trotz der gesetzlichen Vorgaben, mit dem Verbot ökonomischer Anreize, die zu Mengenausweitungen führen, wie in Kapitel B 2.2 ausgeführt. Im Kapitel B 5.2.4 *Prüfung der weiteren Anforderungen, Vergütungssysteme* ist, entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, beschrieben, dass Indikationsstellungen nicht zu monetären Vorteilen der Leistungserbringer führen dürfen. Für die angestellten Ärzte, auch für diejenigen in Führungspositionen, ist dies mit Fixlöhnen in den meisten Spitälern umgesetzt. Kontrollsysteme für Belegarztssysteme werden in dem Kapitel angeordnet. Für den Bereich des persönlichen Einkommens ist das Anreizsystem also in die - medizinisch gesehen - richtige Richtung gelenkt. Selbstverständlich ist uns hierbei auch bewusst, dass ein gewisser case load, also Mindestfallzahlen unter Qualitätsaspekten, notwendig ist. Die Gewichtung der Wirtschaftlichkeit eines Spitals, bei gleichzeitig unterfinanzierten ambulanten Leistungen (s.u.) und dem daraus resultierenden Imperativ stationäre Fälle zu generieren, setzt für uns medizinische Leistungserbringer weiterhin falsche Anreize in der Patientenversorgung.

Erste Ansätze, Ergebnis- und auch Indikationsqualität mehr in den Vordergrund zu stellen und perspektivisch eventuell sogar den Kantonsbeitrag pro Fall mit diesen Kriterien zu verknüpfen erscheint uns ein viel versprechender Weg.

Wir begrüßen daher die in Kapitel C 3.1. (*Evaluationskriterien, Anforderungen im Allgemeinen*) skizzierte Perspektive: «.... strebt die Gesundheitsdirektion Zürich jedoch eine Evaluation via Ergebnisqualitätsindikatoren an» und weiter: ».... wird eine Lenkung via Mindestfallzahlen potentiell an Relevanz verlieren»

An dieser Stelle ein kurzer Kommentar zur nicht kostendeckenden Finanzierung ambulanter Leistungen: Die medizinischen Fachgebiete, in denen überwiegend ambulant gearbeitet wird aber aus verschiedenen Gründen, wie z.B. eines hohen Notfallanteils, an ein Spital mit entsprechender Infrastruktur gebunden sind, kommen mit dem aktuellen Finanzierungssystem zunehmend unter Rechtfertigungsdruck. Wenn eine, korrekt im ambulanten Setting versorgte, Handverletzung, die möglicherweise einem jungen Menschen die weitere Berufstätigkeit und ein normales Leben ermöglicht, in der «Wertigkeit» im Spital deutlich schlechter steht als ein Kniegelenkersatz eines multimorbiden (CMI!), älteren Menschen, dann ist das eine bedrohliche Entwicklung. Die Spitäler brauchen dringend eine kostendeckende Vergütung ambulanter Fälle und wir erachten es als bedenklich, dass die Gesundheitsdirektion den, im Prinzip richtigen, Prozess der Ambulantisierung voran treibt ohne den Leistungserbringern Optionen zu eröffnen, diese, für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen, Eingriffe kostendeckend zu erbringen.

Weiter möchten wir zum Evaluationskriterium Zugänglichkeit (Kapitel C 3.4) Stellung nehmen: Die Möglichkeit ein Spital zu erreichen ist nach unserer Einschätzung für verschiedene Bevölkerungsgruppen und in verschiedenen Situationen sehr unterschiedlich. In Notfallsituationen, in denen der Rettungsdienst aufgeboten wird und für jüngere Menschen, die zudem über ein Fahrzeug verfügen, ist das gewählte Modell, das Fahrzeiten des motorisierten Individualverkehrs zu Grunde legt, sicher sinnvoll. Für alte und sehr alte Menschen, für Menschen mit Handycap und generell für alle, die auf den öffentlichen Verkehr angewiesen sind, ist es nur bedingt hilfreich. Wir möchten insbesondere auf die Patientengruppen verweisen, die für ihre Genesung mehr als andere auf sehr regelmässige Kontakte zu Angehörigen und anderen Beziehungspersonen angewiesen sind. In diesem Sinne sollten z.B. Altersmedizinische- und Palliativeinrichtungen für das Evaluationskriterium Zugänglichkeit differenziert bewertet werden. Zum Kriterium Zugänglichkeit gehört somit nicht nur « , dass sich Personen rasch in Behandlung begeben können», sondern auch die Erreichbarkeit für Beziehungspersonen.

Das Thema Ausbildung ist ein weiteres Thema, das alle öffentliche Spitäler betrifft und das für das gesamte Gesundheitswesen von elementarer Bedeutung ist. Unabhängig vom aktuellen Strukturbericht haben die öffentlichen Spitäler kantonale Vorgaben für die Ausbildungsleistungen in nicht universitären Berufen, wie im Anhang zum Strukturbericht (*Weitergehende generelle Anforderungen*) ausgeführt. Aber auch in der Ausbildung von Ärzten erbringen die Spitäler ausserhalb der universitären Zentren grosse Leistungen. Aus weiterem Druck auf die Spitäler, aus Schliessungen von Standorten oder Abteilungen, aber auch aus mehr ambulanten Eingriffen, da hier keine Zeit für Ausbildungssituationen zur Verfügung steht, resultiert immer der Verlust von ärztlichen Ausbildungsplätzen, die schon heute Mangelware sind. Die Schweiz ist nicht in der Lage ihren Bedarf an Ärzten mit eigener Ausbildung zu decken. Diesen Sachverhalt gilt es bei Eingriffen ins System zu berücksichtigen.

Der Vorstand der Chefärztegesellschaft des Kantons Zürich