

Weisung des Stadtrats von Zürich an den Gemeinderat

vom 8. März 2017

Gesundheits- und Umwelddepartement, Eckwerte Spitälerstrategie der Stadt Zürich, Bericht

1. Zweck der Vorlage

Demografische Entwicklungen, Fortschritte in der Medizin und veränderte regulatorische Rahmenbedingungen erfordern eine Zusammenführung, Aktualisierung und Weiterentwicklung der Strategien beider Stadtspitäler zu einer Spitälerstrategie der Stadt Zürich.

Die Stadtspitäler Waid und Triemli haben es immer wieder verstanden, ihre Leistungen auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, auf den medizinischen Fortschritt und auf veränderte regulatorische Rahmenbedingungen auszurichten. In den letzten Jahren sind die Veränderungsprozesse tiefgreifender und vor allem schneller als bislang erfolgt:

a) Medizinisch-technischer Fortschritt

Der medizinische und technische Fortschritt hat sich durch die Intensivierung der Forschungs- und Entwicklungstätigkeit auch in der Schweizer Hochschullandschaft rapide beschleunigt. Spitäler bestreiten den Wettbewerb um Patientinnen und Patienten und um qualifizierte Mitarbeitende verstärkt auch über Investitionen in Infrastrukturen und moderne Technologie.

b) Wahlfreiheit

Immer besser informierte Patientinnen und Patienten haben weitgehend die Freiheit, ihr behandelndes Spital zu wählen. Die Qualität des Gesundheitssystems wird damit auch zu einem wichtigen Faktor für die Standortwahl von Personen und Institutionen.

c) Fallpauschalen-System

Die frühere Objektfinanzierung der Spitäler wurde per 1. Januar 2012 durch das System der Fallpauschalen abgelöst, in dem alle stationären Leistungen nach einem festen Schlüssel abgerechnet werden. Die Fallpauschale ergibt sich aus der Fallschwere gemäss dem nationalen SwissDRG-Katalog (Swiss Diagnosis Related Groups) und der Baserate, die zwischen Leistungserbringern und Versicherergemeinschaft ausgehandelt wird. Werden sich die Tarifpartner nicht einig oder ist der Kanton mit der Höhe nicht einverstanden, setzt der Kanton die Baserate fest. Spitälern, die viele betagte Menschen mit oft komplexen Krankheitsbildern oder auch Kinder behandeln, erwächst im DRG-System ein finanzieller Nachteil, da deren Behandlung oft aufwendiger ist und länger dauert. Aus der Fallpauschale müssen neben dem laufenden Betrieb auch sämtliche Investitionen samt Zinsen und Abschreibungen finanziert werden. Dieses System ist mitverantwortlich, dass der Druck, mehr Patientinnen und Patienten zu behandeln, permanent steigt, um in der Folge die Kosten besser verteilen zu können.

d) Kantonale Unterschiede

Der Kanton Zürich hat schweizweit eine der tiefsten Baserates festgesetzt. Sie richtet sich an preisgünstigen und qualitativ guten Spitalern aus (Benchmark) und unterscheidet im Wesentlichen nur zwischen universitären und Grundversorgungs-Spitalern.

Neben der tiefen Baserate kommt noch ein weiterer Aspekt hinzu, der die Situation für die Spitäler im Kanton Zürich erschwert. Während in vielen Kantonen die Spitalbauten im Baurecht mittels Sacheinlage an die Spitäler übertragen worden sind, zahlen die Spitäler im Kanton Zürich, darunter auch die Stadtspitäler Waid und Triemli, für die aufgelaufenen Investitionen Zinsen gemäss Amortisationsplan. Die Stadt Zürich hat die Schuld gegenüber dem Kanton

zum gleichen Zinssatz übernommen, weshalb die Stadtspitäler diese Zinsen an die Stadt bezahlen, wie bei Fremdkapital. Die Zinskosten belasten das Betriebsergebnis erheblich.

e) Gemeinwirtschaftliche Leistungen

Gemeinwirtschaftliche Leistungen, d. h. besondere Leistungen im öffentlichen Interesse, werden durch die Fallpauschale nicht abgedeckt. Sie müssen durch Subventionen finanziert werden. Dazu zählen insbesondere die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten. Über die kantonalen Subventionen hinausgehende kommunale Anforderungen sind damit nicht abgegolten. Auch definieren die Kantone die gemeinwirtschaftlichen Leistungen unterschiedlich und subventionieren sie verschieden hoch. Es besteht kein gesamtschweizerischer Konsens, was unter gemeinwirtschaftlichen Leistungen zu verstehen ist.

f) Verlagerung zu ambulanten Leistungen

Immer mehr Eingriffe können dank des medizinischen Fortschritts ambulant erbracht werden. Ambulante medizinische Leistungen werden durch den einheitlichen Tarif Tarmed abgegolten. Viele ambulante Leistungen, die in Spitälern erbracht werden, können nicht kostendeckend abgerechnet werden. Der Kanton Zürich fördert die Verlagerung von stationär zu ambulant auch aus finanziellen Überlegungen. Bei den stationären Leistungen trägt er im heutigen Finanzierungssystem 55 Prozent der Kosten. Für die ambulanten Leistungen kommen zu 100 Prozent die Krankenversicherer auf.

Die Spitälerstrategie antwortet auf die sich stellenden Herausforderungen, indem sie die Patientinnen und Patienten mit ihren immer komplexeren Bedürfnissen ins Zentrum stellt. Die Stadtspitäler Waid und Triemli sind tragende Pfeiler der medizinischen Versorgung im Kanton Zürich und tragen wesentlich zur Standortattraktivität bei. Sie sind zudem attraktive Arbeitgeberinnen und beteiligen sich an der theoretischen und angewandten Forschung.

Der hier vorliegende Bericht knüpft an die Antwort des Stadtrats vom 16. September 2015 zur Schriftlichen Anfrage von Gemeinderätin Elisabeth Schoch (FDP) und Gemeinderat Raphael Kobler (FDP) (GR Nr. 2015/201) betreffend die Stadtspitäler Waid und Triemli an. Fünf Jahre Erfahrung in der Handhabung der Fallpauschale und die ab 2019 vorgesehene Neu beurteilung und -vergabe von Leistungsaufträgen durch den Kanton machen es angezeigt, die strategische Überprüfung, Aktualisierung und Zusammenführung der Strategien der beiden Stadtspitäler zu einer aufeinander abgestimmten Spitälerstrategie der Stadt Zürich jetzt anzugehen.

Die Spitälerstrategie orientiert sich an folgenden Zielen:

- a) Versorgungssicherheit, freier Zugang und Qualität der Spitalleistungen für alle Bevölkerungsgruppen, namentlich alle Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Zürich
- b) Attraktivität für Patientinnen und Patienten, Mitarbeitende, Zuweisende und Kooperationspartner
- c) Behandlung von mehr Patientinnen und Patienten durch die städtische Versorgungskette
- d) Effektive, effiziente Leistungserbringung und Prozessqualität
- e) Finanziell selbsttragender Betrieb
- f) Nutzung von Kapazitäten und Infrastrukturen
- g) Qualität und Innovation der Leistungserbringung
- h) Stärkung des Medizinstandorts Zürich

Zusammengefasst soll die Versorgungssicherheit für alle Bevölkerungsgruppen erhalten bleiben, sollen Mitarbeitende motivierende Arbeitsbedingungen vorfinden und die Stadtspitäler finanziell selbsttragend betrieben werden können.

2. Gesundheitswesen im Umbruch

2.1 Nationale Gesetzgebung

Das Gesundheitswesen der Schweiz befindet sich seit der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) vom 21. Dezember 2007 und dem Wechsel zu einer leistungsbezogenen Spitalfinanzierung über Fallpauschalen per 1. Januar 2012 in einem tiefgreifenden Veränderungsprozess.

Im nationalen Fallpauschalensystem vergüten die Kantone und die Krankenversicherer alle stationären, akutsomatischen Leistungen nach einem festen Schlüssel, wobei der Kantonsanteil gemäss KVG ab 2017 mindestens 55 Prozent beträgt. Im ambulanten Bereich übernehmen die Krankenversicherer und zu einem geringen Anteil die Versicherten die Kosten. Die stationäre Abgeltung ist oft um ein Vielfaches höher gegenüber der ambulanten Abgeltung. Daraus kann sich ein Anreiz ergeben, Leistungen, die ambulant erbracht werden könnten, stationär zu erbringen. Zur optimalen Auslastung der Ressourcen sollten allerdings Leistungen, die ambulant durchgeführt werden können, den stationären Bereich nicht unnötig belasten.

Es wird nicht mehr der Betrieb (Objekt), sondern der Behandlungsfall (Subjekt) finanziert und zwar nach Tarifen, sogenannten Fallpauschalen, die sich an günstigen und qualitativ guten Spitälern orientieren (Art. 49, Abs. 1 KVG). Die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen wird nach dem Tarifsysteem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) schweizweit einheitlich geregelt. Die Fallpauschale (Tarif) je stationäre Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation des Kostengewichts je Patientin oder Patient und dem zwischen Leistungserbringer und Versicherergemeinschaft verhandelten Basisfalltarif (Baserate). Können sich Spital und Versicherer nicht einigen, oder ist der Kanton mit der Höhe der Baserate nicht einverstanden, wird die Baserate vom Kanton hoheitlich festgelegt und bei Beschwerde letztinstanzlich durch das Bundesverwaltungsgericht bestimmt.

Die KVG-Revision mit der Umstellung der Spitalfinanzierung hat 2012 zu einem Paradigmenwechsel geführt. Statt Kosten werden Tarife vergütet. Gleichzeitig nimmt die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als Folge demografischer und technologischer Entwicklungen laufend zu. Das Gesundheitswesen wächst und weist einen starken Trend in Richtung Spezialisierung und Fragmentierung auf. Die Grösse eines Leistungsanbieters oder dessen Fokussierung ist aus qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten entscheidend. Begleitet wird diese Entwicklung durch eine hohe Regulierungsdichte. Auf nationaler Ebene sind dies zum Beispiel die Erteilung von Leistungsaufträgen in der Hochspezialisierten Medizin (HSM) oder die laufende Weiterentwicklung des SwissDRG-Katalogs. Auf der kantonalen Ebene nehmen die Spitalplanungen und die Leistungsaufträge der Kantone Einfluss auf die Leistungserbringer. Auflagen erfolgen u. a. durch Fachgesellschaften, Verbände, Arbeitsgesetzregelungen, das Heilmittelgesetz, durch die Produkthaftung bei medizintechnischen Geräten oder Anforderungen an die Rechnungslegung.

Der per 1. Januar 2012 erstmals angewendete DRG-Katalog wird aufgrund der jährlichen Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler laufend weiterentwickelt. Eine besondere Herausforderung stellen die hochdefizitären Fälle dar. Damit sind Fälle gemeint, deren Behandlungskosten wesentlich höher sind als die Vergütung gemäss SwissDRG. Auswertungen von SwissDRG zeigen, dass die Verteilung hochdefizitärer Fälle über die Spitäler der Schweiz sehr ungleich ist. Konzentrieren sich Hochdefizitfälle in einzelnen Spitälern, gleichen sich unter- und überfinanzierte Fälle innerhalb eines Spitals nicht mehr aus. Die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich veröffentlichte im Gesundheitsversorgungsbericht 2014 eine Auswertung über die Anzahl Fälle mit mehr als Fr. 30 000.– Defizit pro Spital. Für 2015 hat das UniversitätsSpital Zürich eruiert, dass 7 Prozent seiner stationären Fälle ein Defizit von mehr als 55 Millionen Franken verursachten.

Neben der Finanzierung des laufenden Betriebs müssen die Spitäler mit den Abgeltungen der stationären Spitalbehandlungen aus der obligatorischen Krankenversicherung (Fallpauschalen) auch die Investitionen und die daraus resultierenden Abschreibungen und Zinsen finanzieren. Dies bedeutet, dass die Spitäler ihre Investitionen seit 2012 grundsätzlich aus den laufenden Erträgen sowie mit Fremdmitteln finanzieren müssen, während diese im alten Finanzierungssystem vor 2012 durch Staatsbeiträge des Kantons mitgetragen wurden.

Während die Ausgangslage hinsichtlich des SwissDRG-Katalogs für alle Spitäler gleich ist, bestehen vor allem hinsichtlich der Kosten grosse Unterschiede, so insbesondere bei den Anlagenutzungskosten. Die Unterschiede sind nicht nur bedingt durch das Alter der Spitalinfrastruktur, sondern auch durch die Wahl und die Höhe von Eigentumsübertragungen bei der Verselbstständigung der Spitäler bzw. beim Systemwechsel im Jahr 2012. In den meisten Kantonen wurden die Spitalbauten im Baurecht mittels Sacheinlage an die Spitäler übertragen. Dies verschafft einen wesentlichen finanziellen Vorteil gegenüber jenen Spitälern, bei welchen die Übertragung gegen Fremdkapital erfolgte, wie dies im Kanton Zürich der Fall war.

Damit sich Leistungserbringer in diesem rasch wandelnden Umfeld bewähren können, sind wettbewerbsfähige Rahmenbedingungen, die Partizipation am Wachstum (Ertragssteigerung) und die Ausschöpfung potenzieller Synergien (Kostenreduktion) sowie die Kooperation mit anderen Spitälern und Leistungserbringern entscheidende Faktoren. Sowohl für die Spitalowner als auch für die Leistungserbringer bedingt dies ein strategisches Umdenken ebenso wie einen betrieblichen Kulturwandel. Spitäler, die nicht wettbewerbsfähig sind, werden in ihrer Existenz gefährdet sein.

2.2 Kantonale Umsetzung

Mit der Revision des KVG und der Einführung der neuen Spitalfinanzierung wurden die Kantone verpflichtet, ihre gesetzlichen Vorgaben für die Spitalplanung und die Spitalfinanzierung zu überarbeiten. Der Kanton Zürich agierte im schweizerischen Kontext als Taktgeber. Das in kurzer Zeit erarbeitete und debattierte Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) wurde am 2. Mai 2011 vom Kantonsrat verabschiedet und für dringlich erklärt. Es ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Nachdem im Juli 2011 das Referendum mit Gegenvorschlag eingereicht wurde, fand am 17. Juni 2012 eine kantonale Volksabstimmung über das SPFG statt, in der die Vorlage des Kantonsrats mit einem Ja-Stimmenanteil von 67 Prozent angenommen wurde. Der Regierungsrat setzte die Tarife für stationäre Behandlungen in den Zürcher Spitälern auf Anfang 2012 provisorisch fest. Die Baserates für die beiden Stadtspitäler fürs Jahr 2012 wurden am 13. März 2013 durch den Regierungsrat auf 9480.– Franken festgesetzt. Gegen diesen Beschluss erhob die Stadt Zürich Beschwerde. Der Antrag, den Tarif höher festzusetzen, wurde vom Bundesverwaltungsgericht in Teilen abgewiesen.

Mit dem SPFG erfolgte eine klare Trennung der Versorgungsverantwortung im Zürcher Gesundheitswesen und der entsprechenden Finanzströme zwischen Kanton und Gemeinden. Während der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand bei der Spitalfinanzierung gemäss SPFG vollumfänglich zulasten des Kantons geht, geht der Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand für die Pflegeversorgung gemäss kantonalem Pflegegesetz vollumfänglich zulasten der Gemeinden.

Gemäss KVG werden die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (besondere, notwendige Leistungen im öffentlichen Interesse) der Spitäler von der gemeinsamen Finanzierung durch Versicherer und Kantone im Rahmen der stationären Tarife ausgenommen. Damit die Spitäler solche gemeinwirtschaftlichen Leistungen, wie z. B. die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten zur Fachärztin oder zum Facharzt oder innovative Behandlungsmethoden im Bereich Pädiatrie weiterhin zugunsten der Allgemeinheit erbringen können, kann der Kanton gestützt auf das SPFG leistungsbezogene Subventionen ausrichten. Die Kantone gestalten so-

wohl die Definition gemeinwirtschaftlicher Leistungen wie auch die Subventionshöhe sehr unterschiedlich. Alle Kantone richten Beiträge an die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten aus. Je nach Kanton fällt eine Vielzahl weiterer Leistungen in die Kategorie der gemeinwirtschaftlichen Leistungen: Von Andachtsraum über die Spitalhygiene bis hin zum Betreiben einer Notfallstation. Im Kanton Zürich erfolgt die Vergütung gemeinwirtschaftlicher Leistungen verglichen mit anderen Kantonen eher restriktiv. Dies ist insofern für die beiden Stadtspitäler von Nachteil, weil sie sich als Zentrumsspitäler im Wettbewerb mit Zentrumsspitalern in anderen Kantonen zu bewähren haben. Das Stadtspital Triemli führt auch Leistungsaufträge aus anderen Kantonen aus.

Der Kanton Zürich schuf mit dem SPFG auch die gesetzliche Grundlage, um die kantonalen Investitionsbeiträge für die öffentlichen Spitäler – im Unterschied zu anderen Kantonen – zum Restbuchwert in zins- und amortisationspflichtige Darlehen zulasten der Spitäler umzuwandeln. Die Zürcher Spitäler hatten ihre früheren Investitionsentscheide allerdings nicht unter dieser Annahme getroffen. Diese Regelung stellte auch die Finanzierung getätigter Investitionen vor neue Prämissen. Die Spitäler haben neu die kantonalen Darlehen gemäss kantonalen Regelung zu verzinsen (2016: 1,5 Prozent) und gemäss Amortisationsplan an den Kanton zurückzuzahlen. Die Stadt Zürich hat diese Schuld inzwischen zum gleichen Zinssatz übernommen und führt sie in ihren Büchern.

Der Kanton Zürich ist national taktgebend, wenn es um die Art der Spitalplanung und die Definition von Leistungsaufträgen geht. Für die Spitalplanung 2012 hat der Kanton die Spitäler und Kliniken evaluiert, die für eine bedarfsgerechte, qualitativ gute und effiziente medizinische Versorgung der Zürcher Bevölkerung als notwendig erachtet werden. Diese Spitäler und Kliniken haben einen Leistungsauftrag erhalten und sind in den Spitallisten 2012 aufgeführt. Sie sind berechtigt, zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen und erhalten vom Kanton Zürich für die stationäre Behandlung der Zürcher Patientinnen und Patienten einen Kantonsbeitrag. Im Sinne einer «rollenden Planung» werden die Spitallisten periodisch überprüft und angepasst. Ab 2019 wird der Kanton Zürich voraussichtlich die Leistungsaufträge für alle Zürcher Spitäler grundsätzlich neu beurteilen und teilweise neu vergeben.

Um die Vergabe der zu erbringenden stationären Leistungen nach Qualitätskriterien zu differenzieren, hat die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 2012 ein Leistungsgruppenkonzept mit rund 125 Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen (z. B. Mindestfallzahlen) für die Akutsomatik erarbeitet. Dabei ist jede SPLG eindeutig anhand von Diagnose- und Behandlungs-Codes definiert. Für jede SPLG sind zudem die Anforderungen an die Fachärztinnen und -ärzte, an die Notfallstationen usw. festgelegt. Die Behandlung einer stationären Patientin oder eines Patienten kann jeweils eindeutig einer SPLG zugeteilt werden. Das System der Spitalleistungsgruppen mit Mindestfallzahlen zur Qualitätssicherung, Anforderungen an die personelle Ausstattung und die Infrastruktur, wurde inzwischen von fast allen Kantonen übernommen.

Der Kanton Zürich zieht durch sein spezialisiertes medizinisches Angebot überregional Patientinnen und Patienten an. 2015 wurden 37 000 ausserkantonale Patientinnen und Patienten behandelt, während sich im selben Jahr lediglich etwas mehr als 10 000 Zürcherinnen und Zürcher in anderen Kantonen behandeln liessen. 2016 waren 12 Prozent der im Stadtspital Triemli behandelten Patientinnen und Patienten nicht im Kanton Zürich wohnhaft.

Der Gesundheitsversorgungsbericht 2016 der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich geht zudem davon aus, dass die Zürcher Spitäler aufgrund der demografischen Entwicklung und der Nettozuwanderung von Patientinnen und Patienten aus anderen Kantonen bis 2025 rund 42 000 zusätzliche Patientinnen und Patienten behandeln werden, wofür 200–600 zusätzliche Betten nötig sein werden.

Der Kanton Zürich hat bereits 2012 gegenüber den umliegenden Kantonen und auch schweizweit eine sehr tiefe Baserate festgelegt. Im Rahmen der Leistungsüberprüfung 2016 des Regierungsrats wurde die Gesundheitsdirektion beauftragt, darauf hinzuwirken, dass Spitäler und Versicherer langjährige Tarifverträge mit konstant tiefen Tarifen abschliessen. In der Folge haben die Tarifpartner für 2016–2018 unter Mitwirkung des Gesundheitsdirektors eine vergleichsweise tiefe Baserate von Fr. 9650.– für Spitäler mit Notfallstation ausgehandelt, die der Regierungsrat in der Folge genehmigte. Durch den Abschluss langjähriger Tarifvereinbarungen rechnet der Kanton Zürich im Rahmen der Leistungsüberprüfung 2016 mit einer Einsparung von 130 Millionen Franken über die Jahre 2017–2019. Obwohl die beiden Stadtspitäler hochspezialisierte und teilweise universitäre Medizin erbringen sowie überdurchschnittlich viele betagte Patientinnen und Patienten behandeln, orientiert sich ihre Baserate bislang an derjenigen regionaler Grundversorgungsspitäler. Ab 2016 hat die Gesundheitsdirektion aufgrund des hohen Anteils hochdefizitärer Behandlungen für das Stadtspital Triemli erstmals eine höhere Baserate von Fr. 9700.– genehmigt.

2.3 Situation der Stadtspitäler

Im Spannungsfeld der beschriebenen Entwicklungen befinden sich auch die Stadtzürcher Spitäler, welche die Stadt Zürich gemäss Art. 70 lit. c der Gemeindeordnung (GO, AS 101.100) betreibt. Laut Art. 29 Abs. 1 Stadtratsbeschluss über die Departementsgliederung und -aufgaben (STRB DGA, AS 172.110) sind die Stadtspitäler Waid und Triemli Dienstabteilungen des Gesundheits- und Umweltdepartements (GUD).

1953 eröffnet, verfügt das Stadtspital Waid heute über 261 Betten. Damit ist es grösser als das schweizerische Durchschnittsspital mit 230 Betten. Es betreibt drei im städtischen Versorgungsnetz fest verankerte Kliniken: die Medizinische Klinik, die Chirurgische Klinik und die Universitäre Klinik für Akutgeriatrie. Ebenfalls zum Spital gehören die Institute für Nephrologie, Radiologie und Nuklearmedizin sowie Anästhesiologie. Das Notfallzentrum Waid, mit Notfallstation und Notfallpraxis, gehört mit über 23 500 jährlich behandelten Fällen zu den versorgungsrelevanten Notfallstationen im Kanton Zürich. Neben einer breiten Grundversorgung sind insbesondere die Kliniken für Akutgeriatrie und die Medizinische Klinik mit ihrer interdisziplinären Intensivstation auch in der Lage, hochkomplexe Fälle zu versorgen, die von anderen Spitälern zur abschliessenden und spezialisierten Behandlung zugewiesen werden. Im Rahmen des Universitären Geriatrie-Verbunds Zürich übernimmt das Stadtspital Waid auch universitäre Aufgaben.

Das Stadtspital Triemli nahm 1970/71 schrittweise den Betrieb auf und gehört zu den zehn grössten Spitälern der Schweiz mit rund 500 Betten (im jetzigen Bettenhaus ausbaubar auf 550 Betten). Es umfasst 29 Kliniken und Institute sowie 12 fachübergreifende Zentren. Pro Jahr werden über 53 000 Notfälle und 25 000 stationäre Patientinnen und Patienten behandelt. Als Ausdruck des steten Wachstums der Stadt Zürich haben 2016 über 2000 Kinder am Fuss des Uetlibergs das Licht der Welt erblickt. Das Triemli als Zentrumsspital für den Grossraum Zürich und weit darüber hinaus bietet die gesamte Grundversorgung sowie hochspezialisierte medizinische Dienstleistungen von anerkannt hoher Qualität an. Es behandelt überdurchschnittlich viele hochbetagte Patientinnen und Patienten. Das Triemli betreibt mit dem UniversitätsSpital Zürich und mit über einem Dutzend weiteren Spitälern und anderen Gesundheitsdienstleistenden eine Vielzahl von Kooperationen. Das Stadtspital Triemli gehört zu den breit aufgestellten Zentrumsspitälern der Schweiz und ist von der Grösse und vom Angebot her vergleichbar mit den Kantonsspitälern Luzern, Aarau und St. Gallen.

Zusammen bilden das Stadtspital Waid und das Stadtspital Triemli tragende Pfeiler des hochstehenden, vielfältigen Zürcher Spitalangebots.

Mit dem neuen Bettenhaus ist am Stadtspital Triemli für lange Zeit die grösste Investition getätigt worden. Nun stehen noch die im Vergleich zum ursprünglich genehmigten Grossprojekt deutlich redimensionierte Instandhaltung des bisherigen Hauptgebäudes («Turm») sowie geringere Investitionen in die Erweiterung der Kardangiographie, die neu zu schaffenden ambulanten OPs, das neue chirurgische Ambulatorium oder die neue Bettenstation im Notfall an.

Das Stadtspital Waid hat 2010 eine umfangreiche, mehr als 20 Jahre dauernde Gesamt-sanierung abgeschlossen, in welcher die Gebäude und Einrichtungen den heutigen Erfordernissen angepasst wurden. Mit Ausnahme der Operationsabteilung besteht für die nächsten Jahre kein dringender Erneuerungsbedarf. Als Folge des neuen Spitalfinanzierungssystems wurde die ursprünglich angedachte Schaffung eines neuen Operationstrakts zugunsten einer auch finanziell tragbaren Renovation verworfen. Der Gemeinderat hat am 8. Februar 2017 die Projektierung einstimmig verabschiedet.

Die beiden Stadtspitäler nehmen in der Gesundheitsversorgung der Zürcher Bevölkerung einen wichtigen Platz ein und erbringen Leistungen für eine breite Zielgruppe. So versorgen sie, verglichen mit anderen Schweizer Spitälern, einen überdurchschnittlich hohen Anteil an betagten Patientinnen und Patienten. Im Stadtspital Waid ist mehr als ein Drittel (36 Prozent) aller Patientinnen und Patienten älter als 80 Jahre. Deren durchschnittliche Aufenthaltsdauer war 2012 mit 12 Tagen doppelt so hoch wie die Aufenthaltsdauer der unter 80-jährigen. Betagte Patientinnen und Patienten leiden häufig an mehreren Erkrankungen (polymorbid) und können bis zu 30 Nebendiagnosen aufweisen. Die Behandlung ist dementsprechend komplex und wird durch das DRG-System in der Regel ungenügend abgegolten.

Das Stadtspital Waid erhält die gleiche Baserate wie alle anderen Grundversorgungsspitäler im Kanton. Damit werden seinem spezialisierten medizinischen Angebot, den höheren Behandlungskosten betagter Menschen, den Besonderheiten der Akutgeriatrie oder dem speziellen Versorgungsauftrag nicht Rechnung getragen. Das Stadtspital Triemli erhält zwar ab 2016 erstmals eine um 50.– Franken höhere Baserate (Fr. 9700.– gegenüber Fr. 9650.–), diese vermag aber die zusätzlichen Kosten nicht zu decken, welche dem Stadtspital Triemli durch die Vielzahl an hochspezialisierten Leistungen sowie der Behandlung von betagten und polymorbiden Personen sowie von Kindern entstehen. 2015 verursachten im Stadtspital Waid 10 Prozent der stationären Patientinnen und Patienten ein Defizit von mehr als 13 Millionen Franken. Im Stadtspital Triemli betrug das Defizit, das von 10 Prozent der stationären Patientinnen und Patienten verursacht wurde mehr als 43 Millionen Franken.

3. Rahmenbedingungen

Gemäss der jährlich durchgeführten Bevölkerungsbefragung der kantonalen Gesundheitsdirektion stellt die Bevölkerung hohe Ansprüche an die Zürcher Gesundheitsversorgung und ist mit dieser sehr zufrieden. In diesem Sinne erachtet die Stadt Zürich die allgemeine Zugänglichkeit zu Gesundheitsdienstleistungen als wichtige Aufgabe des Gemeinwesens. Bereits die Spitalplanung der Stadt Zürich von 1994 prognostizierte eine steigende Nachfrage nach Spitalleistungen und zeigte entsprechende Massnahmen für die Stadt Zürich auf. Dass die Stadtzürcher Bevölkerung bereit ist, in die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen zu investieren, zeigt u. a. das Abstimmungsergebnis aus dem Jahr 2007. Damals genehmigten 89,7 Prozent der Stimmberechtigten einen 300-Millionen-Franken-Kredit für den Neubau des Bettenhauses am Stadtspital Triemli – im Wissen, dass der Stadtrat zusätzliche 300 Millionen Franken gebundene Ausgaben für die Instandsetzung des bisherigen Hauptgebäudes («Turm») genehmigen würde.

Die heutige städtische Gesundheitspolitik ist eingebettet in die «Strategien Zürich 2035». Der Stadtrat orientiert sich darin an einer auch zukünftig hochstehenden Versorgungsqualität für alle. Relevant sind im vorliegenden Zusammenhang die Themen «Solidarische Gesellschaft», «Attraktiver Wirtschaftsstandort» und «Interne Organisation»:

Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung werden unterstützt: *[Die Stadt Zürich] setzt sich ein (...) für das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden der ganzen Bevölkerung. Die städtischen Angebote und Beiträge zur Gesundheit zeichnen sich durch folgende Merkmale aus: hohe Qualität, gute Zugänglichkeit, wirtschaftliche Effizienz und eine zweckmässige und regelmässig neu auf den sich verändernden Bedarf ausgerichtete Versorgungskette. Die integrierte Versorgung wird durch kooperative Zusammenarbeit von internen und externen Leistungserbringern gewährt und umfasst gemeindenahе sozialmedizinische Tätigkeiten (...)* (Kap. 04 Solidarische Gesellschaft).

Attraktiver Wirtschaftsstandort: Potenziale des Gesundheitsmarkts sollen durch städtische Institutionen und weitere Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen genutzt werden können. *So kann die qualitativ hochstehende medizinische Versorgung gesichert und die Standortattraktivität weiter entwickelt werden* (Kap. 01 Attraktiver Wirtschaftsstandort).

Auftragsorientierte Rechtsformen und attraktive Arbeitgeberin: *Einzelne städtische Dienstabteilungen sind aufgrund von Marktöffnungen mit ihren Angeboten einem zunehmend kompetitiven Umfeld ausgesetzt, wofür sie organisatorisch nicht durchwegs gerüstet sind. In einem zunehmend kompetitiven Umfeld verstärken sich zudem Rollenkonflikte zwischen hoheitlicher Steuerung und Aufsicht sowie wirtschaftlichen Interessen der Stadt. [Aufgrund dessen sollen] Strukturen und Prozesse der Verwaltung (...) optimal ausgerichtet auf ihre Aufgaben [sein]. Die Stadt bleibt als Arbeitgeberin attraktiv für alle Mitarbeitenden, bietet gemäss der HR-Strategie flexible Arbeitsmodelle, Ausbildungs- und Karrieremöglichkeiten sowie abgestufte, den vielseitigen Anforderungen angepasste Lohn- und Kompensationsstrukturen. (...) Es gilt, den Service Public ebenso wie die Art der Leistungserbringung zeitnah und flexibel an gesellschaftliche und regulatorische Anforderungen anzupassen. Dazu gehört auch eine adäquate Ausgestaltung der Rechtsform städtischer Betriebe* (Kap. 08 Interne Organisation).

Eine patientenbezogene, leistungsfähige Gesundheitsversorgung gehört heute und in Zukunft wie das Bildungssystem, das Kulturangebot oder die hochwertigen Infrastrukturen zu den bedeutsamen Standortfaktoren einer Stadt.

Die Entwicklung der stationären Leistungen in den Spitälern ist wie andere Angebote eingebettet in eine umfassende Versorgungskette, die von der vorsorgenden Gesundheitsförderung, ambulanten Diensten und Beratungsstellen, über die stationären Angebote in den Stadtspitälern oder Pflegezentren bis zur Rehabilitation und Spitex reicht.

Die adäquate Dienstleistung an die Bevölkerung, die effiziente Nutzung des medizinischen Fortschritts und der optimale Einsatz des qualifizierten Personals werden durch eine fortlaufende Optimierung der Leistungen entlang der Schnittstellen der Versorgungskette unterstützt. Die beiden Stadtspitäler leisten als attraktive Partner in einer umfassenden Kooperation einen volkswirtschaftlich bedeutsamen und betriebswirtschaftlich optimalen Beitrag an die Gesundheitsleistungen in Zürich.

4. Eckwerte der Spitälerstrategie

Aus diesen Überlegungen ergeben sich die folgenden neun Eckwerte für die Ausrichtung der Spitälerstrategie:

Die Stadt bleibt Eigentümerin

Die Stadt bleibt Eignerin der Stadtspitäler Waid und Triemli und nimmt damit Einfluss auf Entwicklung, Angebot und Einbettung der Stadtspitäler.

Verlässliches Angebot für alle Bevölkerungsgruppen

Die Stadtspitäler tragen im Rahmen ihres Angebots zur Spitalversorgung auf dem ganzen Stadtgebiet und für alle Bevölkerungsgruppen bei. Vermieden werden unnötige Operationen, die lediglich der Ertragssteigerung dienen.

Einbettung in die Versorgungskette

Die Stadt vernetzt ambulante und stationäre Gesundheitsdienstleistungen über die ganze Versorgungskette. Indem die Stadtspitäler massgeblicher Teil der Versorgungskette sind, lässt sich an verschiedenen Orten steuernd ansetzen und es können optimale Übergänge geschaffen werden.

Ein Spital an zwei Standorten

Die Stadtspitäler werden zu einem Spital an zwei Standorten unter einer Leitung und einer Rechnung zusammengeführt. Dies gewährleistet die Koordination und Abstimmung des Leistungsangebots im Interesse bisheriger und zukünftiger Patientinnen und Patienten sowie die optimale Nutzung der Investitionen.

Durch die gezielte Nutzung von Synergien, der Konzentration von Wahlbehandlungen zur Verhinderung von Doppelspurigkeiten und durch den Ausbau des Notfalls im Stadtspital Waid kommen, kombiniert mit entsprechenden Sprechstunden, deutlich mehr Personen in den Genuss der städtischen Versorgungskette, während sich die Kosten pro Fall reduzieren lassen.

Breite Palette an Kooperationen

Das Stadtspital strebt zur Komplettierung seines Angebots strategische Partnerschaften und Kooperationen mit anderen Spitälern und Leistungserbringern an.

Ausgeglichene Rechnung

Das Stadtspital erfüllt seinen Auftrag zukünftig unter vergleichbaren finanziellen Voraussetzungen wie andere Spitälern und wird dafür entsprechend ausgestattet. Auch dank einer substanziellen Zunahme der Fallzahl arbeitet es nach einer Übergangsphase kostendeckend und kann Investitionen aus eigener Kraft tragen.

Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen

Die Stadtspitäler erbringen im Auftrag der Gemeinde über den kantonalen Leistungsauftrag hinaus gemeinwirtschaftliche Leistungen im Dienste der Stadtbevölkerung sowie zur Förderung des medizinischen Fortschritts.

Erfüllung zusätzlicher städtischer Vorgaben

Die Stadtspitäler erfüllen zusätzliche Vorgaben der Gemeinde, die über den Gesundheitsbereich hinausgehen und andere Spitälern nicht betreffen. Mehrkosten sind auszuweisen und abzugrenzen.

Auftragsorientierte Rechtsform

Die Rechtsform des zukünftigen Stadtspitals an zwei Standorten entspricht dessen Auftrag, so dass die Handlungs- und Reaktionsfähigkeit mit der Veränderungsdynamik im Gesundheitswesen Schritt halten kann.

Nachstehend werden die Eckwerte der Spitälerstrategie erläutert.

4.1 Die Stadt bleibt Eigentümerin

Die Stadt Zürich hat die wachsende Nachfrage nach Spitalleistungen frühzeitig antizipiert und in ihre Spitälern investiert. Nach einer Scharlachepidemie überwies der Gemeinderat 1907 ein Postulat zur Errichtung einer «Isolierstation». Die Umsetzung erfolgte 1953 mit der Eröffnung

des Stadtspitals Waid und behob die damals akute Bettennot. Das Bevölkerungswachstum nach dem zweiten Weltkrieg wurde vom damaligen Stadtrat antizipiert, deshalb erwarb die Stadt 1946 das Triemliareal. 1960 stimmte die Gemeinde dem Spitalprojekt zu. Dieses nahm 1970/71 schrittweise den Betrieb auf.

Die Stadt Zürich hat in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder grosse Investitionen in ihre Stadtspitäler getätigt. Stadtrat und Gemeinderat der Stadt Zürich sollen auch in Zukunft über die optimale Nutzung städtischer Investitionen befinden und diese steuern können, um dem Interesse der Patientinnen und Patienten sowie der Steuerzahlenden gerecht zu werden.

Die Frage, ob eine Veräusserung der Stadtspitäler sachdienlich oder mehrheitsfähig wäre, wurde im Rahmen der Spitälerstrategie summarisch anhand verschiedener Varianten geprüft. Dies beinhaltete namentlich die Schliessung von Spitälern, die Abtretung der Spitäler an den Kanton oder den Verkauf an Dritte, die Fusion mit dem UniversitätsSpital Zürich oder die Vermietung und Fremdnutzung von Teilen. Die Abklärungen haben ergeben, dass die allfälligen finanziellen Gewinne dieser Varianten die langfristigen Vorteile, die sich aus der ganzheitlichen Steuerung des Gesundheitssystems durch die Stadt für die Bevölkerung ergeben, bei weitem nicht aufzuwiegen vermöchten. Darüber hinaus hat der Stadtrat nicht den Eindruck gewonnen, dass die Veräusserung von Stadtvermögen im Gemeinderat auf mehrheitliche Unterstützung stossen würde.

Der Stadtrat sieht überwiegende Vorteile darin, als Eigentümerin und Betreiberin der Stadtspitäler diese weiterzuentwickeln und in die Zukunft zu führen, auch wenn die Sicherstellung der Akutspitalversorgung nach SPFG keine zwingende kommunale Aufgabe mehr ist. Dadurch, dass die Stadt Eigentümerin und Betreiberin der Stadtspitäler ist, kann sie für die Verfügbarkeit einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sorgen, bestimmte Leistungen, Angebote und kann Standards vorgeben und Kostendeckung statt Gewinnmaximierung anstreben. Sie kann die Versorgungskette steuern und vulnerablen Bevölkerungsgruppen den Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung bieten. Ein Anreiz zur Risikoselektion lässt sich vermeiden, politische Ziele lassen sich verfolgen und die Führungs- und Überwachungsstrukturen bestimmen. Die Nachteile bestehen dementsprechend im unternehmerischen Risiko, welches die Stadt weiterhin trägt, auch wenn die Akutspitalversorgung eine kantonale Aufgabe ist.

4.2 Verlässliches Angebot für alle Bevölkerungsgruppen

Die beiden Stadtspitäler sichern zusammen mit dem UniversitätsSpital Zürich und dem Kinderspital Zürich eine umfassende Spitalversorgung über das ganze Stadtgebiet und für alle Bevölkerungsgruppen – und dies sowohl bezüglich Notfallversorgung als auch im Bereich planbarer medizinischer Leistungen, sogenannter Wahleintritte. Es entspricht dem politischen Auftrag der Stadtspitäler – im Interesse der Versorgung der gesamten Bevölkerung – auch wirtschaftlich (vorübergehend) nicht rentable Behandlungen anzubieten und sicherzustellen. Dazu gehören die Versorgung betagter Patientinnen und Patienten mit Mehrfachdiagnosen sowie die Versorgung vulnerabler Patientinnen und Patienten aus schwierigen Verhältnissen mit fehlenden sozialen Strukturen.

Solche Patientinnen und Patienten werden umfassend und bedarfsgerecht medizinisch behandelt und betreut. Die beiden Stadtspitäler betreiben keine Risikoselektion. Unter Risikoselektion ist zu verstehen, dass Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer komplexen Krankheitsbilder und Lebenssituationen vermieden oder abgewiesen werden, weil ihre Behandlung aufgrund ihrer Umstände besonders aufwendig werden könnte, zum Beispiel weil sie stark übergewichtig, dement, psychisch krank, verwahrlost oder substanzabhängig sind.

Das DRG-System im stationären und der Tarmed im ambulanten Bereich bergen verschiedene Fehlanreize. Je mehr Leistungen erbracht werden, desto höher fällt die Abgeltung aus. Das kann zu unnötigen Operationen und Behandlungen motivieren. Auch die beiden Stadtspitäler bewegen sich in diesem finanziellen Spannungsfeld. Sie erbringen ihre Leistungen nach ethischen Grundsätzen und medizinisch notwendigen Indikationen.

Die Spitälerstrategie strebt eine für die Bevölkerung optimale medizinische Versorgung an. Optimal bedeutet in diesem Zusammenhang, dass durch Zentrenbildungen medizinische Angebote gebündelt und Fachleute über Kliniken hinweg eng zusammenarbeiten, so wie etwa heute im Tumorboard. Dabei werden regelmässige spital- und bereichsübergreifende Fallbesprechungen abgehalten, die dazu dienen, das optimale therapeutische Vorgehen für jeden einzelnen Tumorfall zu erarbeiten. In den Besprechungen werden die auswärtigen und im Haus durchgeführten Gewebeuntersuchungen vorgestellt, die Resultate der bisherigen Untersuchungen und Behandlungen (z. B. Röntgenuntersuchungen, Laborbefunde, diagnostische und therapeutische Eingriffe) diskutiert und ein Behandlungskonzept entworfen. Vertreten sind die verschiedenen Disziplinen sowie externe Onkologinnen oder Onkologen und zuweisende Hausärztinnen oder -ärzte, um auch besondere Anliegen und Umstände der Patientin oder des Patienten zu berücksichtigen wie Beruf, Familien- oder Wohnsituation und soziales Umfeld. Es nehmen auch weitere Spitäler am regelmässig stattfindenden Tumorboard teil.

In einer optimalen medizinischen Versorgung werden medizinisch komplexe Behandlungen interdisziplinär koordiniert und die Behandlungskette von der raschen und korrekten Diagnose bis zur Durchführung und Nachsorge nach der Akutphase (Rehabilitation, Spitex, Alters- und Pflegeheime) nach den neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen und unter Einbezug der familiären und sozialen Umgebung der Patientinnen und Patienten aufeinander abgestimmt. Diese Zentrumsbildungen erfordern eine gewisse Grösse und Fallzahl, den Willen zur konstruktiven Zusammenarbeit und die nötigen Infrastrukturen, zum Beispiel Telemedizin für die Zuschaltung von externen Fachleuten. So können immer besser komplexe Krankheitsbilder erfolgreich behandelt werden. Kleine Grundversorgungsspitäler stossen wegen des hohen Investitionsbedarfs und des geforderten Reaktionstempos in diesen Fragestellungen rasch an Grenzen, während die beiden Stadtspitäler aufgrund ihrer gemeinsamen Grösse, ihres breiten Leistungsspektrums und auch ihrer Spezialisierung gut aufgestellt sind.

Zentral für das betriebswirtschaftliche Resultat ist der Anteil zusatzversicherter Patientinnen und Patienten. Diese leisten durch die höhere Abgeltung einen wesentlichen Beitrag an die Finanzierung der Behandlung von Patientinnen und Patienten, die die Spitäler aufgrund der Komplexität der Diagnose, der Polymorbidität oder der sozialen Umstände nicht kostendeckend behandeln können. In den letzten Jahren ist sowohl im Stadtspital Waid wie im Stadtspital Triemli der Anteil Zusatzversicherter auf 20 Prozent gestiegen.

4.3 Einbettung in die Versorgungskette

Die Stadt Zürich vernetzt ambulante und stationäre, akute und langzeitorientierte Gesundheitsdienstleistungen über die ganze Versorgungskette. Sie bietet selbst verschiedene Gesundheitsleistungen an oder steuert sie direkt. Dadurch kann sie einen optimalen Behandlungspfad gewährleisten sowie Zuweisungen generieren. Mit den Akutspitälern, den Langzeitinstitutionen, der ambulanten Pflege, der Beratung und weiteren Diensten, verfügt sie über eine einmalige Ausgangslage zur Gestaltung einer optimalen Versorgungskette mit gut organisierten Schnittstellen. Der Vorteil einer Versorgungskette liegt darin, die Behandlungen voll auf die Patientin oder den Patienten auszurichten, so Doppelspurigkeiten zu vermeiden, bessere Behandlungsergebnisse bei optimierten Kosten zu erzielen und eine hohe Patientinnen- und Patientenzufriedenheit zu gewährleisten.

Aufeinander abgestimmte Versorgungsschritte führen zu Entlastungen im Spitalbetrieb und letztlich zu Kosteneinsparungen. Volkswirtschaftlich ist es erwünscht, übergreifende Versorgungsformen zu fördern und voranzutreiben. Die Stadt als Eigentümerin der Stadtspitäler, die akutsomatische Leistungen anbieten, hat so die Möglichkeit, Effizienz und Ressourcenverteilung massgeblich zu beeinflussen, was sich wiederum auf die weiteren städtischen Leistungsangebote (Alterszentren, Pflegezentren, Spitex, psychiatrische Angebote, Betreuung vulnerabler Einwohnerinnen und Einwohner, Drogen- und Suchtmedizin usw.) auswirkt. Die medizinische Versorgung kann mit vor- und nachgelagerten Bereichen – insbesondere Hausärztinnen und -ärzten – abgestimmt werden, was die Versorgungsqualität erhöht. Dazu gehört auch das laufende Projekt beider Stadtspitäler für die Schaffung einer wohnortnahen Rehabilitation durch die Kliniken Valens. Eine durchgängige Steuerung über die verschiedenen Leistungserbringer rund um die Patientinnen und Patienten sowie deren soziale Netzwerke sowie die Vermeidung von Doppelspurigkeiten schafft Vorteile für alle. Bevölkerung und Medizinstandort profitieren von einer abgestimmten Versorgungskette im Gesundheitswesen.

4.4 Ein Spital an zwei Standorten

In zahlreichen Kantonen haben sich Spitalgruppen gebildet. Dazu gehören z. B. die seit längerem bestehenden Spitalgruppen Luzerner Kantonsspital mit den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen, die Spital Thurgau AG mit den Standorten Frauenfeld und Münsterlingen oder die Berner Inselgruppe AG mit dem Inselspital und dem Spitalnetz Bern mit verschiedenen Stadt- und Landspitälern. Geplant ist zudem der Zusammenschluss des Universitätsspitals Basel mit dem Kantonsspital Baselland. Im kompetitiven Umfeld mit hohen Anforderungen an Spezialisierung und Fallzahl ist die Bündelung der Kräfte sowie eine gemeinsame Positionierung von Spitalstandorten unerlässlich.

Die Stadt Zürich antwortet auf diese Herausforderung und will ihre beiden Spitäler unter eine gemeinsame Leitung stellen. Das medizinische Leistungsangebot kann dadurch im Sinne der Qualität und der flächendeckenden Versorgung besser aufeinander abgestimmt und insbesondere bei den Supportbereichen können Synergieeffekte genutzt werden. Zudem kann so ein massgeblicher Beitrag geleistet werden, das von der Stadt zur Verfügung gestellte Kapital zu sichern und zukünftig ausgeglichene Resultate zu erzielen. Die Stadtspitäler Waid und Triemli sind dabei im Vorteil, weil sie schon Jahrzehnte im selben Departement arbeiten.

Für die Stadt Zürich wird aufgrund des prognostizierten Bevölkerungswachstums, der Zunahme älterer Personen und ebenso des medizinisch-technischen Fortschritts, eine steigende Nachfrage nach Spitalleistungen prognostiziert. Diese Ansprüche gilt es zu befriedigen und die Chancen zu ergreifen. Dazu gehören die Bildung weiterer Kompetenzzentren mit einer qualitativ hochstehenden Gesamtversorgung rund um einzelne Krankheitsbilder, die Stärkung der Zuweisungen durch die Optimierung bestehender und neuer Eingangspforten (Notfallversorgung) und die gezielte Kooperation mit anderen Leistungserbringern. Angebote zu planbaren Spitalleistungen sollen von den Stadtspitälern koordiniert und – wo zielführend – konzentriert werden. So werden Investitionen bedarfsgerecht aufeinander abgestimmt und Infrastrukturen optimal ausgelastet.

Ziel ist die rasche Optimierung und Auslastung der vorhandenen Infrastrukturen mit der einhergehenden Fallkostenreduktion. Synergien in den medizinischen Unterstützungs- und Supportbereichen wirken sich ebenfalls kostenmindernd aus. Um diese mittel- bis langfristigen Kostenreduktionen zu realisieren, braucht es vertretbare Initialinvestitionen.

Aufgabe der gemeinsamen Leitung wird die Koordination und Weiterentwicklung des medizinischen Angebots und von Kooperationen mit Dritten, die optimale Vernetzung mit den vor- und nachgelagerten Bereichen im Sinne der Versorgungskette, die Ressourcen- und Investitionsplanung sowie die Sicherstellung geeigneter Führungs-, Planungs- und Reportingpro-

zesse sein. Operationalisierung, Umsetzung und kontinuierliche Weiterentwicklung einer gemeinsamen Angebotsentwicklung für beide Spitalstandorte inklusive zielgerichteter Ressourcen- und Investitionsplanung, sprich die Schaffung und Nutzung von Synergien, sind nur möglich, wenn sich eine gemeinsame Leitung auf operativer Ebene für beide Standorte verantwortlich weiss. Eine gemeinsame Leitung bietet Gewähr für eine Koordination der Abläufe sowie eine Steigerung von deren Effizienz und Effektivität. So können mittelfristig Kosten gespart und die beiden Standorte gestärkt werden. Mit gebündelten Kräften wächst die Attraktivität der Stadtspitäler als Zentrumsspital an zwei Standorten, als Arbeitgeberin, Ausbildungsstätte und Kooperationspartner.

Die beiden Stadtspitäler arbeiten in Teilen bereits heute erfolgreich zusammen, so zum Beispiel in der Nephrologie. Seit 1970 führt das Stadtspital Waid eine nephrologische Abteilung, welche Abklärungen und Behandlungen von Nierenerkrankungen inklusive Dialysen durchführt. Das Stadtspital Triemli bietet keine Leistungen der Nephrologie in Eigenregie an. Um als Zentrumsspital dennoch die gesamte Breite medizinischer Leistungen anbieten zu können, stand das Stadtspital Triemli 2010/2011 vor dem Entscheid, entweder selber eine Nephrologie aufzubauen oder diese durch Dritte betreiben zu lassen. Die beiden Stadtspitäler kamen überein, dass das Stadtspital Waid eine Nephrologie im Stadtspital Triemli betreibt. Diese wurde 2012 eröffnet. Die Anzahl ambulanter Hämodialysen konnte seither am Standort Triemli kontinuierlich gesteigert werden und ebenso die erwirtschafteten Deckungsbeiträge.

Die gemeinsame Angebotsentwicklung stärkt die bisherigen Kernbereiche beider Stadtspitäler. Dies festigt die Reputation und ist erstrebenswert im Hinblick auf Kooperationen mit anderen Partnern der Gesundheitsversorgung in der Region und im Kanton. Indem die beiden Stadtspitäler zukünftig als Stadtspital an zwei Standorten eine umfassende Leistungspalette und eine breite Ausrichtung anbieten können und gemeinsam die zu erwartende Steigerung der Mindestfallzahl erfüllen, werden sie zukünftig mehr Patientinnen und Patienten als heute behandeln können. Umgekehrt werden sie auch für mehr Patientinnen und Patienten attraktiv und das Spital der ersten Wahl sein. So lässt sich die Infrastruktur besser auslasten, die Wirtschaftlichkeit erhöhen und die Attraktivität für alle Mitarbeitenden und für Spezialistinnen oder Spezialisten aufrechterhalten. Mit der Konzentration von Wahleingriffen können Leistungen kostengünstiger und qualitativ besser erbracht werden. Höhere Fallzahlen führen zu besserer Planbarkeit und Auslastung der teuren Infrastruktur. Sie tragen auch dem Trend zur immer stärkeren Spezialisierung Rechnung.

4.5 Breite Palette an Kooperationen

Beide Stadtspitäler sind schon heute attraktive Partner und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur volkswirtschaftlich optimalen Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen in der Region Zürich. Ein wichtiger Schwerpunkt der Spitälerstrategie ist eine offensive Kooperationsstrategie, dies im Interesse der Patientinnen und Patienten, der Mitarbeitenden sowie in Hinblick auf die Erbringung wirtschaftlicher Spitaldienstleistungen. Die Stadtspitäler streben zur Komplettierung ihres Angebots strategische Partnerschaften und Kooperationen innerhalb der städtischen Versorgungskette sowie mit weiteren Spitälern und Leistungserbringern an.

Die Kooperationen beginnen bei der koordinierten Angebotsentwicklung an den beiden Standorten Waid und Triemli. Sie umfassen darüber hinaus heute und in Zukunft vielfältige Behandlungs- und Forschungspartnerschaften. Das UniversitätsSpital Zürich zählt zu den grossen strategischen Partnern, wie auch das Kinderspital Zürich. Durch die zunehmende Spezialisierung, aber auch aus qualitativen und wirtschaftlichen Gründen, wird es immer wichtiger, Leistungen und Behandlungen mit sehr hohem Ressourceneinsatz zu konzentrieren und zwischen Partnern zu koordinieren.

Kooperationsbeispiel Universitärer Geriatrie-Verbund Zürich

Im Januar 2015 wurde der Universitäre Geriatrie-Verbund Zürich gegründet. Damit wird die nachhaltige Vernetzung der universitären Lehre und Forschung mit der praxisorientierten, stationären und ambulanten Behandlung und Betreuung älterer Patientinnen und Patienten im Raum Zürich sichergestellt. Zu den Verbundpartnern gehören die Universität Zürich (Lehrstuhl für Geriatrie und Altersforschung), das UniversitätsSpital Zürich (Klinik für Geriatrie), das Stadtspital Waid (Universitäre Klinik für Akutgeriatrie, Zentrum Alter und Mobilität) und die Pflegezentren der Stadt Zürich (Universitär-assoziiertes Pflegezentrum Käferberg). Die institutionsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Verbundpartnern fördert eine zielgerichtete und ressourcenorientierte Betreuung der betagten Patientinnen und Patienten und unterstützt die laufende Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Zudem soll der Verbund massgeblich zur Förderung des akademischen und klinischen Nachwuchses in der Geriatrie beitragen.

Kooperationsbeispiel Allianz Herzchirurgie

Die Klinik für Herzchirurgie am Stadtspital Triemli und die Klinik für Herz- und Gefässchirurgie am UniversitätsSpital Zürich bilden mit der «Allianz Herzchirurgie Zürich» den grössten öffentlichen Herzchirurgieverbund der Schweiz. Unter Wahrung der Eigenständigkeit koordinieren die Kliniken ihre herzchirurgischen Angebote und steigern damit Behandlungsqualität und Effizienz. Von dieser strategischen Kooperation profitieren insbesondere die Patientinnen und Patienten. Die Allianz umfasst gegenseitige Personalentsendungen, einheitliche Verfahrensstandards bezüglich Diagnostik und Therapie, gemeinsame Aus-, Weiter- und Fortbildungen sowie Datenveröffentlichungen.

Die Abstimmung der medizinischen Leistungsangebote hat auch auf weitere Leistungsbereiche im Spital einen entscheidenden Einfluss. So steigt beispielsweise auch die Attraktivität der Kardiologie durch die Kooperation in der Herzchirurgie. Der interdisziplinäre Austausch auf wissenschaftlicher Ebene führt zu optimal aufeinander abgestimmten Behandlungen und ermöglicht damit weitere Innovationen in der Medizin.

Kooperationsbeispiel Radio-Onkologie

Das Stadtspital Triemli mit seinen Krebszentren und dem Tumorboard bietet ein umfassendes Angebot für Onkologie-Patientinnen und -Patienten. Mit den beiden Linearbeschleunigern der Radio-Onkologie werden im Stadtspital Triemli jährlich rund 800 Patientinnen und Patienten in bis zu 17 000 Behandlungssitzungen bestrahlt. Aufgrund ihres Alters müssen die beiden Linearbeschleuniger am Stadtspital Triemli zeitnah ersetzt werden. Um die künftigen Herausforderungen in der Radio-Onkologie bei Beschaffung, Aus- und Weiterbildung sowie Lehre und Forschung, optimal meistern zu können, sind das Stadtspital Triemli und das UniversitätsSpital Zürich im Sommer 2016 eine Kooperation eingegangen. Ziel ist die gemeinsame Stärkung und Positionierung der öffentlichen Radio-Onkologie in Zürich unter Wahrung eigenständiger Kliniken an beiden Standorten. Wichtiger Bestandteil dieser Kooperation ist die aufeinander abgestimmte Beschaffung von Linearbeschleunigern. Während der zwei sechsmonatigen Austauschphasen, in denen am Stadtspital Triemli nur ein Linearbeschleuniger betrieben werden kann, wird das Stadtspital Triemli die Infrastruktur am UniversitätsSpital Zürich nutzen. Im Gegenzug kann das UniversitätsSpital Zürich während des ebenfalls bald anstehenden Austauschs der eigenen Linearbeschleuniger die Infrastruktur am Stadtspital Triemli nutzen.

Kooperationsbeispiele Logistik

Schon seit 2010 ist die Stadt Zürich zusammen mit dem UniversitätsSpital Zürich und dem Kantonsspital Winterthur Eigentümerin der ZWZ AG. Der Kanton Zürich hat mit dem Verkauf der früheren «Zentralwäscherei» an bewährte öffentliche Partner optimale Voraussetzungen

dafür geschaffen, dass die ZWZ AG auch über die Kantonsgrenzen hinaus zu einer der wichtigsten Adresse für Spitalwäsche werden konnte. Die ZWZ AG hat sich zu einem im Marktumfeld erfolgreichen Unternehmen entwickelt und ist ein Beispiel dafür, welches Entwicklungspotential Kooperationen entfalten können.

Die Spitälerstrategie hat sich zum Ziel gesetzt, weitere strategisch wichtige Zusammenarbeitsfelder mit dem UniversitätsSpital Zürich, anderen öffentlichen Spitälern und weiteren Anbieterinnen und Anbietern auszuloten. In diesem Zusammenhang fordern die Gemeinderäte Elisabeth Schoch (FDP) und Raphael Kobler (FDP) den Stadtrat in ihrem überwiesenen Postulat (GR Nr. 2016/407) beispielsweise auf, zu prüfen, ob eine Zusammenarbeit der Stadtspitäler Waid und Triemli mit der Kantonsapothek Synergien und allfällige Einsparungen bringen würde. Inhaltlich damit verbunden sind dabei die laufenden Diskussionen auf Kantonsebene. Der Regierungsrat des Kantons Zürich hat Ende August 2016 beschlossen, die Kantonsapothek aus der kantonalen Verwaltung auszulagern. Die Kantonsapothek soll künftig als eigenständiger Betrieb in Form einer Aktiengesellschaft von den Spitälern übernommen werden, womit einer vom Kantonsrat in Vorstössen (KR-Nr. 319/2013, KR-Nr. 59/2016) geäusserten Forderung Rechnung getragen würde. Die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich bereitet derzeit die für die Umsetzung erforderlichen Schritte vor.

Durch den gezielten Ausbau der strategischen Partnerschaften und der Kooperationen eröffnet die Spitälerstrategie der Stadt Zürich den Mitarbeitenden breite berufliche Perspektiven und ist attraktiv für neue Mitarbeitende. Die Verbindung von Angebotsbreite und Spezialisierung, die mit der gemeinsamen Angebotsentwicklung erreicht werden kann, ist für medizinische Fachkräfte aller Stufen attraktiv.

4.6 Ausgegliche Rechnung

Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung änderte sich die Zuständigkeit für die Finanzierung von Bauprojekten und von Anlagenutzungskosten. Dementsprechend übertrug der Stadtrat 2012 (STRB Nr. 1529/2012) die Immobilien auf den Spitalgeländen den beiden Stadtspitälern, analog den Gemeindebetrieben mit geschlossenen Rechnungskreisen. Dies bildet die Grundlage für eine vollständige Kostenrechnung und für eine bessere Übereinstimmung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung. Die Grundstücke dagegen sind den Stadtspitälern nicht übertragen worden.

Im privatwirtschaftlichen Umfeld wird die Investitionsfähigkeit anhand der EBITDA-Marge (earnings before interest, taxes, depreciation and amortization) gemessen. Die EBITDA-Marge setzt das Ergebnis vor Zinsen und Abschreibungen ins Verhältnis zum Umsatz. Der Zielwert in der Spital-Branche ist 10 Prozent. Umgekehrt ausgedrückt müssen pro Jahr nach Abzug der Personal- und Sachkosten 10 Prozent des Umsatzes zur Amortisation und Verzinsung von Schulden sowie zur Weiterentwicklung, d. h. für Innovationen, übrig bleiben. Dieser Branchenwert ist auch von den geldgebenden Banken bei der Bonitätsprüfung anerkannt und gefordert.

Die beiden Stadtspitäler weisen als Dienstabteilungen ihre Verbindlichkeiten gegenüber der Stadtkasse in Form von Kontokorrentkrediten bei der Finanzverwaltung aus. Ein Teil dieser Verbindlichkeiten resultiert aus Darlehen gegenüber dem Kanton Zürich, die von der Stadt 2016 vollständig übernommen wurden und seither auf einem separaten Kontokorrent geführt werden. Die bis 2011 vom Kanton geleisteten Investitionsbeiträge, Staatsbeiträge genannt, waren funktionell als A-fonds-perdu-Beiträge in den Spitalbüchern eingetragen. Sie wurden im Kanton Zürich durch das Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) aktiviert und in amortisierbare Darlehen umgewandelt. Mit dem neuen SPFG mussten die noch nicht abgeschriebenen Investitionsbeiträge zum Buchwert per 31. Dezember 2011 in der Bilanz als Passiva, also Darlehen, ausgewiesen werden. In diesem Umfang übertrug der Kanton Zürich die Pflicht zur Abschreibung und Verzinsung der Investitionen auf die Spitäler und wurde bis 2016 zum Fremdfinanzierer. Die Ermittlung der Restbuchwerte erfolgte – gestützt auf

§ 29 SPFG – gemäss den Vorschriften der Verordnung über die Umwandlung von Investitionsbeiträgen an Spitäler (InUV). In § 3 Abs. 1 InUV legt der Kanton Zürich zum einen fest, dass die früheren Investitionsbeiträge zur Ermittlung der Restbuchwerte linear und nicht degressiv abgeschrieben werden; zum anderen bestimmt er die zulässigen Anlagekategorien und die dazugehörenden Abschreibungssätze.

Spitäler, welche ihre Investitionen bereits weitgehend abgeschrieben hatten, starteten mit einem niedrigen Zinsdienst in die neue Ära, bei anderen belief sich dieser auf mehrere Millionen Franken jährlich. Das Stadtspital Waid hatte kurz zuvor eine Bauphase abgeschlossen und somit einen relativ hohen Zinsdienst zu bewältigen. Das Stadtspital Triemli hatte die hohen Investitionen noch vor sich und somit 2012–2015 einen vergleichsweise tiefen Zinsdienst zu entrichten. Dies änderte sich grundlegend mit der Fertigstellung des neuen Bettenhauses und der infolge sprunghaft angestiegenen Schuld gegenüber der Finanzverwaltung.

Als Dienstabteilungen der Stadt verfügen die beiden Stadtspitäler über kein Eigenkapital. Liquiditätsbedürfnisse werden über das städtische Kontokorrent bedient. Durch die Bautätigkeiten und die Übernahme des kantonalen Darlehens, hat sich das Kontokorrent der Stadt Zürich in der Vergangenheit stetig – und mit der Inbetriebnahme des neuen Bettenhauses sprunghaft – erhöht. Der Zinssatz, welcher für das städtische Kontokorrent aufgewendet werden muss, wurde vom Stadtrat fürs Jahr 2017 auf zwei Prozent festgelegt (STRB Nr. 345/2016). Dieser orientiert sich an den städtischen Selbstkosten für die extern zu beschaffenden Fremdmittel, da zwischen Mittelbeschaffung und Mittelverwendung ein direkter Zusammenhang besteht. Der interne Zinssatz wurde gegenüber dem Vorjahr um 0,125 Prozent auf zwei Prozent gesenkt. Er liegt beim gegenwärtigen Zinsumfeld über einem marktüblichen Zinssatz. Bei steigenden Zinsen allerdings profitieren die Stadtspitäler von den städtischen Konditionen. So war es über lange Jahre vor der allgemeinen Tiefzinsphase der Fall. Die Stadtspitäler profitieren zudem als Dienstabteilung davon, keine Vorfinanzierungskosten tragen zu müssen. Diese fallen zum Beispiel an, wenn grosse Bauinvestitionen mit Anleihen finanziert werden, wie es etwa beim Spital Limmattal oder beim Kinderspital Zürich der Fall ist. Aufgenommenes Geld muss ab dem ersten Tag verzinst werden, auch wenn dieses erst im Verlaufe der Bautätigkeit, nach zwei, drei Jahren benötigt wird.

Um zu einem ausgeglichenen Rechnungsergebnis kommen zu können, brauchen die Stadtspitäler Eigenkapital bzw. im Kontext der Stadtverwaltung eine bereinigte Ausgangslage. Diese bildet die Grundlage, um anstehende Entwicklungen zu finanzieren und stellt die Stadtspitäler anderen Mitbewerbernden gleich. Für die Stadtspitäler soll durch die Umwandlung des städtischen Kontokorrents eine «Eigenkapitalbasis» geschaffen werden, wie sie im Wettbewerbsumfeld üblich ist.

Ende 2016 betrug das städtische Kontokorrent für die beiden Spitäler knapp 800 Millionen Franken. Darin enthalten ist das abgelöste kantonale Darlehen im Umfang von 181,6 Millionen Franken. Der Zinsaufwand gegenüber der Stadt betrug 2016 insgesamt 14,6 Millionen Franken. (Stadtspital Waid: 2,4 Millionen Franken, Stadtspital Triemli: 12,2 Millionen Franken).

Eine Teilumwandlung des städtischen Kontokorrents in Eigenkapital würde die Kapitalstruktur und die finanzielle Situation der Stadtspitäler erheblich verbessern. Gut kapitalisierte öffentliche Spitäler weisen eine Eigenkapitalquote von rund 60 Prozent aus und sind in den letzten Jahren von ihren Eigentümerinnen und Eigentümern entsprechend ausgestattet worden. Beim Kantonsspital Baden lag die Quote 2015 beispielsweise bei 74,9 Prozent, beim Kinderspital Zürich bei 71,7 Prozent und beim Kantonsspital Aarau bei 55,6 Prozent. Auch der Regierungsrat des Kantons Zürich beantragt dem Kantonsrat in der derzeit hängigen Vorlage zum Gesetz über das UniversitätsSpital Zürich (Übertragung der Immobilien im Baurecht, KR-Nr. 5198/2015) eine angemessene Ausstattung des Spitals mit Eigenkapital zur Sicherstellung seiner Kredit-

fähigkeit und seiner wirtschaftlichen Eigenständigkeit. Die gesetzlich festgelegte Eigenkapitalquote zum Übertragungszeitpunkt von höchstens 60 Prozent soll dabei das Festlegen einer tragfähigen Eröffnungsbilanz ermöglichen. Damit schaffen die Eigentümerinnen und Eigentümer eine tragfähige Grundlage, welche den nötigen Handlungsspielraum gewährt.

Würde die Stadt Zürich ihrem Stadtspital einen Teil der Schuld erlassen, gäbe es dafür finanztechnisch verschiedene Varianten. Bei einer Verselbständigung durch Rechtsformänderung könnte die Schuld in eine Beteiligung umgewandelt werden und der Vorgang wäre – da keine weiteren Beteiligungen angestrebt werden – hinsichtlich des städtischen Eigenkapitals saldo-neutral. Würde das Stadtspital in einen Eigenwirtschaftsbetrieb überführt (nach aktuellem Gemeindegesetz: Gemeindebetrieb mit geschlossenem Rechnungskreis) würde damit eine Reduktion der Kontokorrentforderungen (Schuldenerlass) zulasten der laufenden Rechnung der Stadt einhergehen. Ebenso würde eine Reduktion des Kontokorrents gegenüber der Dienstabteilung zulasten der laufenden Rechnung der Stadtkasse gehen.

Bei einer Verselbständigung könnten also 500 Millionen Franken Schulden in eine vollständige Beteiligung umgewandelt werden, womit das Stadtspital über eine Eigenkapitalquote von 60 Prozent verfügen würde. Der Zinsdienst würde sich damit um rund 10 Millionen Franken jährlich reduzieren. Der verbleibenden Schuld bei der Stadt würden zwischen 800 und 900 Millionen Aktiven gegenüber stehen. Zusammen mit zukünftigen Ertragsüberschüssen würde das Stadtspital fähig, grössere Investitionen wie sie ab 2030 wieder anstehen dürften, aus eigener Kraft zu tragen.

Die finanziellen Bedingungen für die beiden Standorte könnten durch eine Reduktion der Zinshöhe auf dem verbleibenden Kontokorrent weiter dem Umfeld angenähert werden. Spitäler mit einer guten Bonität können heute am Kapitalmarkt Geld zu einem Zins von rund einem Prozent beschaffen. Voraussetzung für eine derartige Kapitalbeschaffung seitens Stadtspital wäre eine eigene Rechtspersönlichkeit.

Die nachfolgende kurze Plausibilisierung soll aufzeigen, dass die Kombination beider Stadtspitäler zu einem Spital an zwei Standorten zusammen mit einem Teilschuldenerlass einen entscheidenden Beitrag leisten kann, um eine ausgeglichene Rechnung zu erreichen. 2015 erwirtschafteten die beiden Stadtspitäler einen Ertrag von knapp 600 Millionen Franken bei einem Betriebsaufwand von 550 Millionen Franken. Durch die Kombination zu einem Spital an zwei Standorten kann das medizinische Angebot vor allem in Zürich-Nord verstärkt und dem Bevölkerungswachstum Rechnung getragen werden, was einen Ertragszuwachs von zehn Prozent bewirken könnte. Dies wird von Fachleuten als möglich und realistisch angesehen. Die Aufwandssteigerung im gleichen Betrachtungszeitraum würde, unter der Annahme einer Ertragssteigerung von zehn Prozent, auf sechs Prozent geschätzt. Selbst unter Berücksichtigung der höheren Abschreibungen ab 2016 wird die Aufwandssteigerung tiefer ausfallen als die Ertragssteigerung. Die Infrastruktur kann besser ausgelastet, das gemeinsame Leistungsangebot des Stadtspitals Waid und Triemli kann zusammen mit Kooperationspartnern besser koordiniert werden, und durch Synergien in den Supportbereichen können Kosteneinsparungen realisiert werden. Bei gleichbleibenden Tarifierungen könnte so innerhalb von vier Jahren die EBITDA-Marge auf neun Prozent angehoben werden. Wenn darüber hinaus der Zinsdienst durch eine Teilumschuldung reduziert werden kann, dürfte das Stadtspital an zwei Standorten ein positives Jahresergebnis erzielen und als kreditwürdig eingestuft werden.

4.7 Erbringung gemeinwirtschaftlicher Leistungen

Die beiden Stadtspitäler erfüllen heute als Teil der Gesundheitsversorgungskette der Stadt Zürich Aufgaben, die über den kantonalen Leistungsauftrag hinausgehen. Dies, da es entweder im Rahmen der städtischen Versorgungskette wirtschaftlich sinnvoll ist, oder die Leistung politisch gewollt ist. Sie tun dies aus dem Anspruch heraus, die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit qualitativ hochstehender, dem medizinischen Fortschritt entsprechender und langfristiger

finanzierbarer Spitalleistungen für die gesamte Bevölkerung, insbesondere auch für vulnerable Gruppen anzubieten. Zudem leisten die beiden Stadtspitäler wichtige Beiträge zum medizinischen Fortschritt und zur hochstehenden Ausbildung von medizinischen, therapeutischen, pflegenden und gesundheitstechnischen Fachkräften. Die Finanzierung gemeinnütziger Aufgaben obliegt der öffentlichen Hand. Vor diesem Hintergrund verantwortet die Stadt Zürich als Eignerin der Stadtspitäler deren politischen und sozialen Auftrag. Die betriebswirtschaftlich optimale Erbringung gemeinnütziger Aufgaben stellt sicher, dass diese finanzierbar bleiben.

Das Stadtspital Waid hat sich unter anderen mit seiner kantonsweit grössten Klinik für Akutgeriatrie einen Namen gemacht. Deren Angebote sind teilweise nicht kostendeckend. Viele andere Kantone kennen neben der Akutgeriatrie auch eine geriatrische Rehabilitation. In eine solche Einrichtung werden Patientinnen und Patienten verlegt, sobald sie nicht mehr akutspitalbedürftig sind. So lassen sich die Klinikrechnungen entlasten und der Tatsache Rechnung tragen, dass Spitalaufenthalte nach SwissDRG abgegolten werden, Rehabilitationen dagegen nach Tagesvollpauschalen zum Rehabilitationstarif. Das Fehlen dieses Leistungsauftrags für geriatrische Rehabilitation im Kanton Zürich stellt für das Stadtspital Waid einen erheblichen finanziellen Nachteil dar. Die Kostengewichte und durchschnittliche Aufenthaltsdauern im SwissDRG-System errechnen sich nämlich aus allen akutgeriatrischen Fällen in der Schweiz. Das Stadtspital Waid weist gegenüber den durchschnittlichen Aufenthaltsdauern aller Spitäler mit Leistungsauftrag Akutgeriatrie auch deshalb eine höhere Aufenthaltsdauer aus, weil die Patientinnen und Patienten nicht in eine Einrichtung für geriatrische Rehabilitation verlegt werden können. Die Kosten für diese zusätzlichen Aufenthaltstage sind im SwissDRG-System ungenügend abgegolten. Diese kantonale Eigenheit benachteiligt das Stadtspital Waid gegenüber vergleichbaren Spitalern in anderen Kantonen.

Da die Definition gemeinwirtschaftlicher Leistungen im zürcherischen Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz SPFG nur unwesentlich über Beiträge an Lehre und Forschung hinaus geht, können die Spitäler ihre diesbezüglichen Aufwendungen nicht decken. Darüber hinaus sind die auf dieser Gesetzesgrundlage gesprochenen Beiträge im Vergleich zu anderen Kantonen tief. Von dieser Situation sind vornehmlich öffentliche Spitäler mit einem umfassenden Auftrag betroffen.

Universitätsspitäler erhalten eine höhere Baserate als andere Spitäler, um den hohen Anteil defizitärer Fälle abzugelten, die aufgrund ihrer Komplexität und ihres Betreuungsaufwands die Normkostenstrukturen des DRG-Systems übersteigen. Das deutsche DRG-System trägt solchen Leistungen teilweise durch Zusatzentgelte Rechnung. Damit die heute hochdefizitären Fälle künftig besser abgegolten werden können, bemühen sich die Schweizer Universitätsspitäler um verbesserte Tarife. Besondere gemeinwirtschaftliche Leistungen wie die universitäre Lehre und Forschung werden nach heutigem System nicht durch die Baserate abgegolten. Auch der Stadtrat unterstützt die Stadtspitäler in ihren Bemühungen um bessere Abgeltungen. Denkbare Lösungsansätze sind die Erhöhung der Fallgewichte, Zusatzentgelte oder ein nationaler Risikoausgleich. Nebst dem Einsatz für eine bessere Abgeltung werden die Spitäler an beiden Standorten zusätzlich und unabhängig von der Abgeltung Systeme wie Case Management prüfen, um hochdefizitäre Fälle interdisziplinär zu steuern und allenfalls die Behandlungskosten zu senken.

Gerade in der Palliative Care ist mit diesem interdisziplinären Ansatz für alle Beteiligten gute Erfahrungen gemacht worden, die zudem ökonomisch attraktiv sind. Veränderungen und Innovation in diesen ethisch sensiblen Fragestellungen sind auf Forschungsergebnisse und wissenschaftliche Begleitung angewiesen. Auch die Stadt Zürich setzt auf die laufenden und abgeschlossenen Projekte zu diesen Fragestellungen. Mit Interesse werden die Resultate aus dem Nationalen Forschungsprogramm 67 «End of Life» betrachtet. Sie zeigen etwa auf, dass jährlich 4,6 Prozent aller Behandlungskosten in der Grundversicherung auf die 8 Promille der Bevölkerung fallen, die sterben. Der extreme Kostenanstieg vor allem im Sterbemonat geht zu

einem grossen Teil auf tödlich verlaufende Tumorerkrankungen zurück. Neben vielem anderen hat das Nationale Forschungsprogramm aufgezeigt, dass ältere Patientinnen und Patienten im Durchschnitt weniger teuer sterben als jüngere. Was dies für die Gesundheitsversorgung bedeutet und ob jede Behandlung am Lebensende das Wohl der Patientinnen und Patienten zu steigern vermag, damit wird sich die Gesellschaft und werden sich die Erbringer von Leistungen heute schon und auch in Zukunft vertieft beschäftigen müssen.

Dem städtischen politischen Willen entsprechend kann das Stadtspital Leistungen erbringen, die über die kantonal definierten Leistungsaufträge und auch über die kantonal definierten gemeinwirtschaftlichen Leistungen hinausgehen. Die beiden Stadtspitäler erbringen solche Leistungen bereits heute, haben dafür jedoch keinen expliziten Auftrag der Politik und entsprechend fehlt die finanzielle Deckung. Das transparente Ausweisen politisch begründeter Aufträge würde es mit sich bringen, dass sie zum Beispiel bei veränderten Bedingungen gekündigt werden könnten.

4.8 Erfüllung zusätzlicher städtischer Vorgaben

In zahlreichen städtischen Beschlüssen verpflichtet sich die Stadt Zürich zu vielfältigen Vorgaben und Qualitätsstandards. Als Dienstabteilungen der Stadt Zürich erfüllen die Spitäler diese Anforderungen vollumfänglich. Zu den Standards gehören beispielsweise die Vorgaben zur 2000-Watt-Gesellschaft und Vorgaben zum Bezug von Öko-Strom-Mix. Das städtische Personalrecht ist eine weitere Vorgabe, die politisch breit abgestützt ist und den Mitarbeitenden besonderen Schutz bietet, u. a. bei Mutterschaft, Krankheit oder Kündigung. Das städtische Lohnsystem bietet im Vergleich zum Markt in den untersten Funktionsstufen bewusst höhere Löhne, in den oberen Funktionsstufen dagegen sind die Löhne mehrheitlich unter dem Marktniveau. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels ist es im Rahmen des städtischen Lohnsystems teilweise schwierig, geeignete Mitarbeitende zu gewinnen und zu halten.

Weitere Bereiche, in denen die Stadtspitäler an städtische Regelungen gebunden sind umfassen die Beschaffung oder auch die Kapitalbeschaffung. Zudem sind gemäss Informations- und Datenschutzgesetz auch die Stadtspitäler betreffenden Weisungen des Stadtrats oder an den Gemeinderat öffentlich. Da dies bei anderen Spitälern nicht der Fall ist, haben diese einen Informationsvorsprung.

Breit abgestützte Standards dieser Art sind prägende, gewollte und wichtige Elemente der Stadtverwaltung. Für die Stadtspitäler, die sich in einem kompetitiven Umfeld bewegen, können sie gegenüber anderen Spitälern ohne solche Vorgaben einen Wettbewerbsnachteil darstellen. Die Stadtspitäler müssen sich an die Rahmenvorgaben halten und allfällige Kostenfolgen tragen. Kosten, die seitens der Stadtspitäler anfallen, können wiederum Einnahmen seitens einer anderen städtischen Dienstabteilung bedeuten. Es muss deshalb sorgfältig abgewogen werden, ob und wo es sinnvoll ist, dass Kosten abgegrenzt und nach Möglichkeit separat getragen werden. Es wird zudem davon ausgegangen, dass ein grosser Teil dieser städtischen Vorgaben rechtsformunabhängig ist, deren Einhaltung also auch bei einer Rechtsformänderung erwartet werden würde.

4.9 Auftragsorientierte Rechtsform

In verschiedener Hinsicht sprengen die beiden Stadtspitäler und erst recht ein Stadtspital an zwei Standorten den Rahmen einer Dienstabteilung. Das Umfeld wandelt sich rasch, wird laufend kompetitiver und gleichzeitig ist es stark reguliert. Alle Spitäler sind auf Möglichkeiten angewiesen, rasch und adäquat handeln und reagieren zu können.

Die Entscheidungswege sind lang und komplex, die Finanzkompetenz auf Stufe Dienstabteilung wie auch Stadtrat tief, der Grad an Öffentlichkeit von Entscheidungsgrundlagen ist grundsätzlich hoch. Entsprechend ist auch die Rechtsposition singulär – lediglich das Universitäts-spital in Lausanne (CHUV) ist neben den Stadtspitälern noch Teil der Verwaltung –, was das

Zustandekommen von Verträgen wie auch den Rechtsweg verkompliziert. Für Entscheide und Verbindlichkeiten, die bei anderen Spitälern in die Zuständigkeit der Direktion fallen, bedarf ein Stadtspital oft der Zustimmung des Stadtrats oder des Gemeinderats. Eine Ausgabe ab jährlich 50 000.– Franken – als Beispiel sei die Mitgliedschaft im Verband der Zürcher Krankenhäuser genannt – bedarf der Zustimmung des Gemeinderats und unterliegt dem Referendum.

Damit dauert ein solcher Entscheid länger und ist oft aufwendiger herbeizuführen. Die Stadtspitäler stehen hinsichtlich Attraktivität gegenüber Patientinnen und Patienten, Mitarbeitenden, Spezialistinnen und Spezialisten, Kooperationspartnerinnen oder -partnern oder Lieferantenverhältnissen mit den anderen Spitälern und Gesundheitsanbietenden im Wettbewerb. Damit die Stadtspitäler das hohe Tempo, in dem sich das Gesundheitswesen verändert, mithalten und vorausblickend mitgestalten können, ist eine zweckmässige Organisation mit klar definierten Kompetenzen und kurzen Entscheidungswegen und rascher Handlungsfähigkeit erforderlich. Selbstverständlich erwachsen den Stadtspitälern auch Vorteile durch die Zugehörigkeit zur Stadtverwaltung wie die Risikofähigkeit und Verlässlichkeit sowie durch die Nähe zur Politik und zur Bevölkerung.

Die kommende Zeit soll genutzt werden für eine vertiefende Betrachtung, welche Rechtsform dem in den Eckwerten formulierten Auftrag am ehesten entspricht und wie die nötige Steigerung an Handlungs- und Reaktionsfähigkeit erreicht werden kann, so dass die Synergien durch die Neuorganisation als ein Stadtspital an zwei Standorten wirkungsvoll genutzt werden können. In die Überlegungen und Erwägungen wird sicherlich auch die mehrfach zum Ausdruck gekommene, ambivalente Haltung des Gemeinderats gegenüber Rechtsformänderungen einfließen. Um die Umsetzung der Spitälerstrategie nicht zu verzögern, soll das Resultat der Rechtsformprüfung und allfällig folgender Entscheidungsfindung nicht abgewartet werden, sondern es soll unverzüglich mit der Erarbeitung der anderen Eckwerte wie geschildert begonnen werden. Diese sollen vorerst möglichst dergestalt zum Entscheid gebracht werden, dass sie eine allfällige Rechtsformänderung nicht präjudizieren.

5. Konkretisierung und Umsetzung der Spitälerstrategie: Programm «Stadtspital Zürich 2020»

Die weitere Ausarbeitung, Vertiefung und Umsetzung der Spitälerstrategie erfolgt als Programm «Stadtspital Zürich 2020». Dieses steht für die Zielsetzung, ein Spital unter einer Leitung an zwei Standorten zu betreiben und so ein übergreifendes und umfassendes akutsomatisches Leistungsangebot zu gewährleisten. Die Ausrichtung der beiden Stadtspitäler hin auf ein Stadtspital an zwei Standorten ist ein laufender Prozess, um den kommenden arbeitsmarktlichen, medizinischen, demografischen und regulatorischen Anforderungen und Entwicklungen zu genügen. Innerhalb des im vorliegenden Bericht skizzierten Rahmens werden die Konkretisierung, Formulierung und Beantragung von Teil- und Umsetzungsschritten weitergeführt und detailliert sowie die Ablaufplanung präzisiert. Bis 2019 sollen den zuständigen Instanzen laufend die nötigen Anträge unterbreitet werden, so dass je nach Entscheidungsverlauf ab 2020 eine erste Umsetzungsphase abgeschlossen werden kann. Bis dahin führen beide Stadtspitäler ihre intensiven Anstrengungen zur Verbesserung ihrer Kostenstrukturen fort und ergreifen auch zusammen zielführende Massnahmen im Hinblick auf die Erreichung der strategischen Eckwerte.

Für die weitere Entwicklung der Spitälerstrategie sind namentlich folgende Arbeiten vorgesehen:

- Überprüfung und Anpassung der Angebote der Stadtspitäler, damit im Rahmen der von der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich ab 2019 vorgesehenen Neubeurteilung der Leistungsaufträge gemeinsame Bewerbungen oder gemeinsam abgestimmte Bewerbungen eingereicht werden können und den Patientinnen und Patienten ein gemeinsames Leistungsangebot zur Verfügung stehen wird.
- Vertiefung der medizinischen Zusammenarbeit beider Stadtspitäler und der medizinischen Schwerpunktbildung sowie Abstimmung der Angebote mit den anderen Leistungserbringenden der Versorgungskette. Unter anderem ist anzustreben, dass auch der Kanton Zürich zukünftig Leistungsaufträge für geriatrische Rehabilitation vergibt, so dass die Liegedauer im Akutspital verkürzt und Rehabilitationsleistungen anderswo erbracht werden können.
- Ausbau des Notfallangebots im Stadtspital Waid und Einrichtung von Sprechstunden in Fachgebieten, für die heute noch kein Angebot besteht, so dass namentlich für die Bevölkerung in Zürich-Nord eine umfassende Versorgung angeboten wird.
- Synergiepotenzial unter den Stadtspitalern und anderen Dienstabteilungen laufend nutzen, z. B. durch gemeinsame Angebotsplanung und -entwicklung, gemeinsames Beschaffungswesen, gemeinsame IT-Investitionen, koordinierte Personalplanung.
- Erarbeiten eines Antrags auf gemeinsame Rechnungslegung und Vorbereiten eines gemeinsamen Budgets möglichst auf 2019. So können Synergieeffekte ausgewiesen und medizinische Schwerpunkte gebildet werden, ohne dass von Belang ist, in welchem der beiden Standorte sich die Ergebnisverbesserung in der Rechnung niederschlägt.
- Erarbeiten, Definieren und Vorlegen der neuen Organisationsform «ein Stadtspital an zwei Standorten unter gemeinsamer Leitung». Diese Leitung soll mit Verabschiedung des ersten gemeinsamen Budgets eingesetzt werden.
- Erarbeiten und Vorlegen eines Antrags auf Reduktion der durch den Systemwechsel 2012 entstandenen Kontokorrent-Höhe der Stadtspitäler bei der Finanzverwaltung («Schuldenschnitt»).
- Anspruch auf Abgeltung gemeinwirtschaftlicher Leistungen durch den Kanton überprüfen sowie Abgrenzung und Quantifizierung von Leistungen, deren Erbringung allenfalls von der Stadt Zürich als Eignerin verlangt werden und deren Abgeltung zu prüfen ist.
- Eingehend soll geprüft werden, ob und wie in den Stadtspitalern Verantwortung und Kompetenzen an hierarchisch tiefere Führungsebenen weiter gegeben werden können. Damit sollen einerseits mehr Spielraum und Verantwortung insbesondere bei der Einsatzplanung und internen Ressourcenzuteilung ermöglicht und andererseits eine nicht bewältigbare Fülle und Ballung von Entscheiden bei der Spitaldirektion vermieden werden. Der einhergehende Kulturwandel soll möglichst rasch in Gang gesetzt werden.
- Ob eine mögliche Anpassung der Kompetenzen oder der Rechtsform beantragt werden soll, bedarf der gründlichen Vertiefung. Ziel ist es, dass die künftige Rechtsform sich am Auftrag des Stadtspitals orientiert und dessen Handlungsfähigkeit erhöht

- Die Einbettung in die städtische Versorgungskette und insbesondere die Vor- und Nachsorge werden laufend überprüft. Wo eine Leistung weiterhin erbracht werden soll, es aber wirtschaftlich und fachlich adäquatere Möglichkeiten als innerhalb des Stadtsitals gibt, wird die Aufgabe anderen Erbringern übertragen. Bereits erfolgte Beispiele sind etwa die Einführung von Spitexpress oder die Übertragung des Tagessitals vom Stadtsital Waid an das Pflegezentrum Mattenhof.

Da es sich bei der Spitalerstrategie um ein Vorhaben erhöhter Komplexität über das anforderungsreiche Tagesgeschäft hinaus handelt, das auch zusätzlichen externen Know-hows und Sichtweisen bedarf, werden eine entsprechende Programmorganisation geschaffen und ein koordinierender GUD-Ausschuss etabliert. Aufgabe der Programmorganisation wird es sein, die Spitalerstrategie auszuformulieren und zu vertiefen und die nötigen Anträge und Entscheide vorzubereiten. Aufgabe des koordinierenden GUD-Ausschusses wird es sein, Veränderungen und Entscheide von Bedeutung für die Spitalerstrategie so zwischen den beiden Spitalern abzustimmen, dass sie dem gemeinsamen Strategieziel dienen. Die Programmsteuerung wird durch die Vorsteherin des Gesundheits- und Umweltdepartementes geleitet und besteht aus den beiden Spitaldirektoren, der Departementssekretärin und weiteren Mitgliedern der Stadtverwaltung (z. B. Finanzverwaltung) und externen Fachleuten. In die Teilprojekte des Programms werden ebenfalls externe Expertinnen und Experten beigezogen. Der Programmleiter verantwortet zuhanden der Programmsteuerung die Gesamtprojektleitung und die Koordination der Teilprojekte.

Die neun Eckwerte der Spitalerstrategie erfordern wesentliche strukturelle und organisatorische Anpassungen. Für einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verändern sich Aufgaben, Zuständigkeiten und Verantwortungen. Diese Entwicklung gilt es aktiv zu begleiten und zu unterstützen, damit die Mitarbeitenden an den Fortschritten teilhaben können und teilnehmen wollen. Daher werden dem Change Management und der internen Kommunikation besondere Bedeutung zugemessen. Gemeinsame Erarbeitung und Bewertung von Lösungsvorschlägen durch Mitarbeitende, Spiegelung von Resultaten und geplanten Massnahmen, regelmässige Information aller Mitarbeitenden über Programmstand und Programmfortschritt sowie anstehende Aktivitäten gehören zu den unabdingbaren Elementen der Spitalerstrategie.

Heute und erst recht in Zukunft leidet das Gesundheitswesen unter einem ausgeprägten Fachkräftemangel. Attraktive Arbeitsbedingungen, sinnhafte Arbeitsinhalte, geteilte Verantwortung und gemeinsame Erfolge sowie ein innovatives Umfeld sind über eine adäquate Entlohnung hinaus entscheidende Faktoren, um motivierte Mitarbeitende halten und gewinnen zu können. Diese Faktoren werden noch stärker zu einem Wettbewerbsfaktor gegenüber anderen Spitalern und Gesundheitsdienstleistenden. Die Umsetzung der neun Eckwerte verfolgt auch das Ziel, das Potenzial der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu nutzen und sie gezielt in diesen Veränderungsprozess einzubeziehen. Die Zusammenlegung von Führungsstrukturen erfordert ein neues Verständnis bezüglich Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung. Dafür soll nach Möglichkeiten gesucht werden, Führungsverantwortung nach unten zu delegieren. Der angestrebte Kulturwandel ist zusammen mit der Weiterbildung der Mitarbeitenden hinsichtlich der Rahmenbedingungen und Spielräume einzuleiten und voranzutreiben, sodass die Mitarbeitenden mit den Ressourcen eigenverantwortlich umgehen können. Kurze Entscheidungswege und Eigenverantwortung werden im sich rasch wandelnden Gesundheitswesen für den nachhaltigen Erfolg eines Leistungserbringers immer entscheidender.

Die standortübergreifende Planung und Erbringung medizinischer Leistungen erfordert von den Beteiligten einen hohen Grad an Flexibilität und strategischem Einsatz. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird durch die Bündelung von Kompetenzen gefordert und gefördert. Im Supportbereich wird angestrebt, Prozesse zu vereinfachen und Aufgaben zusammenzufassen. Für die betroffenen Mitarbeitenden bietet dieser Anpassungsprozess sowohl Herausforderungen wie Chancen. Diesen Kulturwandel wollen die Vorsteherin des Gesundheits- und

Umweltdepartements und die Stadtspitäler im Hinblick auf «Stadtspital Zürich 2020» bereits jetzt einläuten und im Rahmen des Change Managements mit geeigneten Massnahmen unterstützen. Weil durch «Stadtspital Zürich 2020» mehr Patientinnen und Patienten als bislang in den beiden Stadtspitälern behandelt und mehr Leistungen erbracht werden, wird ein Stadtspital an zwei Standorten den heutigen Mitarbeitenden eine verlässliche und motivierende Perspektive bieten können.

Ziel der Spitälerstrategie ist es, auch in Zukunft optimale Leistungen für möglichst viele Patientinnen und Patienten ohne Diskriminierungen zu erbringen, eine attraktive Arbeitgeberin zu sein und die Wirtschaftlichkeit zu steigern, sodass zukünftige Innovationen und Investitionen aus eigener Kraft erbracht werden könnten.

Dem Gemeinderat wird beantragt:

Vom Bericht Eckwerte Spitälerstrategie der Stadt Zürich des Gesundheits- und Umweltdepartements wird zustimmend Kenntnis genommen.

Die Berichterstattung im Gemeinderat ist der Vorsteherin des Gesundheits- und Umweltdepartements übertragen.

Im Namen des Stadtrats

die Stadtpräsidentin

Corine Mauch

die Stadtschreiberin

Dr. Claudia Cuche-Curti