

ÜBERKAPAZITÄT IM AKUTSPITALBEREICH

In Kürze

- In der Diskussion muss zwingend zwischen dem maximalen Bettenbestand, den effektiv betriebenen Betten und den effektiv belegten Betten unterschieden werden.
- Der maximale Bettenbestand eines Spitals entspricht nicht den effektiv in Betrieb stehenden Betten. Nur ein in Betrieb stehendes Bett kann einen Patienten aufnehmen. Die Bettenbelegung beziffert das Verhältnis von belegten Betten zu betriebenen Betten.
- Die Zürcher Spitäler haben kein Interesse, zu viele Betten anzubieten. Darum passen sie ihre betriebenen Betten dem Bedarf und der Nachfrage an. Die Anpassung erfolgt saisonal und strukturell.

- In einer Spitallandschaft mit Überkapazitäten bestünden keine Wartezeiten.
- Ein Spital hat zwingend freie in Betrieb stehende Betten. Gründe sind unter anderem: Aufnahmekapazität für Notfälle, Leerstand bei Patientenwechsel, Isolationszimmer, Geschlechtertrennung und Einzelbelegungen durch Zusatzversicherte.
- Eine Bettenbelegung von 80 Prozent ist ambitioniert. Eine im Jahresschnitt signifikant höhere Bettenbelegung beschränkt die Aufnahmefähigkeit eines Spitals und führt zu mehr riskanten Verlegungen.

- Trotz Bevölkerungswachstum reduzierten die Zürcher Spitäler ihren Bettenbestand in den letzten drei Jahren um rund zwei Prozent.
- Eine politisch verordnete Einschränkung des Bettenbestands birgt die Gefahr temporärer Unterkapazitäten und Unterversorgung der Bevölkerung.
- Rationierungen fördern die Zweiklassenmedizin. Die Wahlfreiheit allgemeinversicherter Patienten würde beschränkt. Kosten würden keine gespart.

Der VZK ist der grösste Verband der Gesundheitsversorger im Kanton Zürich. Er vertritt 31 Institutionen, die rund 34'800 Mitarbeitende beschäftigen und einen Umsatz von 5.3 Mrd. Franken pro Jahr erzielen. Zum Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) gehören Listenspitäler, Rehabilitationskliniken, Spezialkliniken und Pflegezentren im Kanton Zürich. Die Spitäler Schaffhausen sind ebenfalls Mitglied.

Ausgangslage

Im Kanton Zürich gastiert das Gespenst der Überkapazitäten bei den vorhandenen Spitalbetten schon länger. Die Meinung ist weitgehend gemacht, im Kanton Zürich gebe es zu viele Spitalbetten. Das sei mit ein Kostentreiber und veranlasse zu unnötigen Operationen. In der parlamentarischen und öffentlichen Diskussion zeigt sich immer wieder, dass die Begriffe genauer definiert und die Situation detaillierter dargelegt werden müssen. Im weiteren ist aufzuzeigen, welche potentiellen Risiken eine politische Einflussnahme auf die Versorgungssicherheit hat.

Vorwurf

- Im Kanton Zürich gibt es zu viele Spitalbetten. Die Spitäler sind lediglich zu drei Vierteln ausgelastet. Eine Auslastung von 85 bis 90 Prozent wäre angemessen.
- In den letzten Jahren wurde der Bettenbestand im Kanton Zürich zusätzlich ausgebaut, obwohl es in Zukunft wegen der Ambulantisierung weniger Betten braucht.
- Die hohen Überkapazitäten sorgen dafür, dass in den Spitälern unnötige Operationen stattfinden.

Ziel

Wichtig ist, dass Politik und Öffentlichkeit in Zukunft zwischen dem maximalen Bettenbestand und den effektiv betriebenen Betten unterscheiden. Die Spitaldirektionen müssen leere Betten nicht «füllen», im Gegenteil, sie reduzieren die Anzahl betriebener Betten anhand der Nachfrage und garantieren so die Versorgung und eine wirtschaftliche Auslastung.

Bettenbelegung

Gemäss der Gesundheitsdirektion lag im Jahr 2017 die durchschnittliche Bettenbelegung bei 77 Prozent. Doch wie berechnet sich die Auslastung der Spitalbetten?

$$\text{Bettenbelegung} = \frac{\text{Pflegetage}}{\text{Bettenbetriebstage}}$$

Als Pfelegetag zählt, sobald ein Bett auf einer Normalpflegeabteilung oder auf einer Spezialabteilung um Mitternacht belegt ist. Ein Bettenbetriebstag ist ein Tag, an welchem ein Bett auf der Normalpflegeabteilung¹ zur Bewirtschaftung zur Verfügung steht. Über das Jahr hinweg kann ein einzelnes Bett maximal 365 Tage betrieben werden. Nicht alle Betten sind jeden Tag in Betrieb. Tage, an denen ein Bett nicht im Einsatz steht, ist kein Bettenbetriebstag. Zur Berechnung der Kapazität sind drei Bestandesgrössen relevant.

Maximaler Bettenbestand

Ein Spital hat einen maximalen Bettenbestand. So viele Betten kann ein Spital pro Tag maximal zur Verfügung stellen.

Effektiv betriebene Betten

Einem Spital stehen jedoch nicht alle Betten jeden Tag zur Verfügung. Nur ein Teil der maximal zur Verfügung stehenden Betten wird auch effektiv betrieben. Spitäler reagieren mit der temporären Schliessung von einzelnen Betten oder ganzen Stationen auf strukturelle oder saisonale Nachfrageschwankungen.

Effektiv belegte Betten

Als belegt gilt ein Bett, wenn es um Mitternacht besetzt ist.

¹ I.d.R. ist ein Bett auf einer Normalpflegeabteilung nicht belegt, wenn ein Patient in einem Spezialbett übernachtet. Da er i.d.R. am nächsten Morgen vom Spezialbett in das Normalpflegebett verlegt wird (bspw. postoperativ) kann das Bett in der Nacht nicht belegt und muss freigehalten werden.

Verwechslungsgefahr

Als Bezugsgrösse zur Berechnung der Bettenbelegung wird teilweise statt den betriebenen Betten der maximale Bettenbestand verwendet. Auch wird in der öffentlichen Diskussion meist der maximale Bettenbestand als Mass für die angebotenen Betten im Kanton angegeben. Typisches Beispiel sind die Neubaukapazitäten, welche mit dem künftigen Angebot an Spitalbetten gleichgesetzt wird.

Justierung

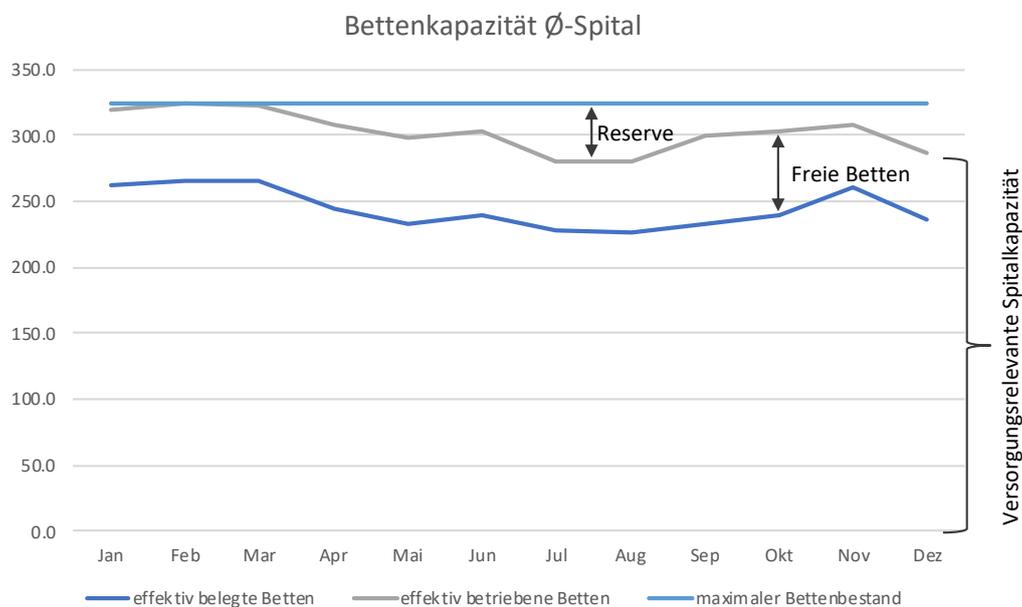
Der maximale Bettenbestand ist als langfristige maximale Kapazität zu verstehen. Diese Kapazitätsgrenze wird durch die Infrastruktur festgelegt. In einer langfristig nachhaltigen Planung müssen Reserven vorhanden sein. Ein leeres nicht betriebenes Bett verursacht dem Spital nur geringfügige Mehrkosten. Hohe Betriebskosten entstehen, wenn betriebene Betten leer bleiben. Diese Kosten will eine Spitaldirektion vermeiden. Sie justiert darum laufend ihr Angebot und reagiert auf Nachfrageschwankungen mit einer geringeren Anzahl an betriebenen Betten.

Alte Zählweise

Vor der Einführung der neuen Spitalfinanzierung lag der Richtwert einer optimalen Auslastung bei rund 85 Prozent. Früher galten jedoch der Tag des Spitaleintritts und der Tag des Spitalaustritts als Belegungstage. Ein Bett konnte somit an gewissen Tagen auch doppelt belegt und doppelt gezählt werden. Seit 2012, also seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, werden sinnvollerweise nicht mehr die Tage, sondern die Nächte gezählt. Das drückt aber die optimale Belegungsquote nach unten.

Beispiel

Das folgende Beispiel leitet sich aus dem Durchschnitt einer Datenabfrage bei sieben Zürcher Spitälern ab. Das fiktive Durchschnittsspital hat einen maximalen Bettenbestand von 325 Betten. Je nach Saison und Nachfrage betreibt es rund 300 Betten. Um Mitternacht sind im Jahresschnitt rund 245 Betten belegt. Das ergibt eine durchschnittliche Bettenbelegung von 81 Prozent. Anders ausgedrückt: Jedes betriebene Bett ist jede fünfte Nacht leer. In der Politik sprechen hier bereits viele von «Überkapazität». Stimmt das? Grafisch lässt sich dies in der Monatsübersicht wie folgt darstellen:



Freie Betten

Die Grafik zeigt, wie die Anzahl der betriebenen Betten der Nachfrage angepasst wird. Während den Sommermonaten und über Weihnachten ist die Nachfrage tiefer, wodurch auch die Zahl der betriebenen Betten reduziert wird. Je besser eine Spitaldirektion ihren Job macht, desto genauer steuert sie die betriebenen Betten der Nachfrage entsprechend. Ein Spital mit vielen elektiven Eingriffen kann die Kapazität etwas besser justieren. Ein Spital mit vielen Notfällen muss aus Versorgungsgründen mehr freie Betten bereithalten und ist grösseren Schwankungen ausgesetzt. Sind sämtliche betriebenen Betten belegt, müssen Patienten abgewiesen werden. Damit ein Spital jederzeit Notfälle aufnehmen kann, sind freie Betten, als betrieblich notwendiger Puffer, zwingend nötig.

Gründe

Es gibt aber noch viel mehr Gründe, warum ein Spital nie in die Nähe einer 100%igen Bettenbelegung kommen kann:

- Nur wenn alle betriebenen Betten um Mitternacht besetzt sind, gilt das Spital gemäss Definition als zu 100 Prozent ausgelastet.
- Ein Austritt ist manchmal erst am späten Nachmittag möglich. Wenn der nächste Patient am nächsten Morgen eintritt, gilt das Bett per Definition als leer. Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 5.5 Tagen bleibt dadurch im Durchschnitt ein Bett eine Nacht alle 5.5 Tage frei. Dies allein führt zu einer Bettenbelegung von 80%.
- An Wochenenden sind oft weniger Patienten im Spital. Die entsprechenden Betten können aber nicht von Samstag auf Sonntag vollständig stillgelegt werden, weil sie am Montag wieder zum Einsatz bereitstehen müssen. Die Spitäler reagieren auf diese Situation wenn möglich mit geringerem Personalbestand über das Wochenende. Es ist aber nicht zu vermeiden, dass betriebene Betten somit nicht belegt werden.
- In Mehrbettzimmern wird auf eine Geschlechtertrennung geachtet. Je nach Situation kann dies bedeuten, dass Betten in einem Mehrbettzimmer nicht belegt werden können.
- Je nach Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten wird darauf geachtet, dass diese nach Möglichkeit in einem Einzelzimmer oder alleine in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer untergebracht werden. Als Beispiel mögen hier Patienten dienen, die im Sterben oder Delir liegen. Diese Situationen sind einer Zimmernachbarin oder einem Zimmernachbarn kaum zumutbar. Leere Betten im Mehrbettzimmer gelten als Leerstand.
- Wenn keine Einzelzimmer vorhanden sind, werden bei Zusatzversicherten Zweibettzimmer als Einbettzimmer verwendet. Leere Betten im Mehrbettzimmer gelten als Leerstand.
- Da meist nicht genügend Einzelzimmer vorhanden sind, liegen Patienten auch für eine Isolation aus hygienischen/infektiologischen Gründen alleine in Mehrbettzimmern. Leere Betten im Mehrbettzimmer gelten als Leerstand.
- Freie Spitalbetten können nicht einfach kumuliert werden. Ein Spital besteht häufig aus verschiedenen Abteilungen und Kliniken. Als Vorhalteleistung für Nofälle braucht ein Spital in verschiedenen Abteilungen genügend freie Betten.

Kapazität

Fakt ist, trotz Bevölkerungswachstum reduzierten die Zürcher Spitäler ihren Bettenbestand in den letzten drei Jahren um rund zwei Prozent. Und würde es im Kanton Zürich zu viele Spitalbetten geben, dann würde jede Patientin und jeder Patient sofort drankommen. Es gäbe also keine Wartezeiten. Wer schon einmal in einem Zürcher Spital war, weiss, dass dies nicht der Fall ist.

Natürlich stellt sich aber die Frage nach der optimalen Kapazität. Eine Spitaldirektion stimmt mit den effektiv betriebenen Betten die zur Verfügung gestellte Kapazität laufend auf die Nachfrage ab. Ein Spital mit vielen Notfällen kann das Bettenangebot weniger gut steuern als ein Spital mit vielen elektiven Eingriffen. Doch auch hier: Wenn ein Patient einen Tag früher entlassen werden kann, so bleibt dieses Bett zwangsläufig leer.

Das Ziel einer optimalen Auslastung liegt aufgrund des betrieblich notwendigen Puffers bei durchschnittlich 80 Prozent. Eine höhere Auslastung kann den raschen Zugang zur Spitalversorgung gefährden. Eine tiefere Auslastung ist für das Spital aus wirtschaftlichen Gründen schlecht. In Zeiten einer tiefen Auslastung reagieren Spitäler mit einer Reduktion der betriebenen Betten. So senken sie ihre Betriebskosten und erhöhen ihre Bettenbelegung.

Generell gilt: Je mehr mit freiberuflichen Belegärzten und mit temporärem Personal gearbeitet wird, desto besser kann ein Spital die Auslastung steuern und mit einer geringeren Anzahl freier Betten arbeiten. Dennoch gibt es auch unter diesen Voraussetzungen Begrenzungen. Problematisch ist die Steuerung in Ferienzeiten mit niedrigen Patientenzahlen. Aufgrund der zwingend notwendigen Vorhalteleistungen ist zu diesen Zeiten eine Einbusse in der Wirtschaftlichkeit nicht zu vermeiden. Zusätzlich geht eine Personalisierung mit vielen Temporärstellen häufig mit einer Qualitätseinbusse einher. Insbesondere dann, wenn viele temporäre Kräfte auf der gleichen Station eingesetzt werden müssen.

Unnötige Eingriffe / Überversorgung

Nachweislich falsch ist die Annahme, ein Spital steuere seine Auslastung über Anreize zu mehr operativen Eingriffen. Das Fallwachstum war gerade bei Spitälern mit geringerer Auslastung unterdurchschnittlich.² Wird ein Eingriff ohne entsprechende gerechtfertigte Indikation vorgenommen, ist von einer Körperverletzung auszugehen.

Reserve

Spitäler justieren ihr Angebot laufend. Dies im Sinne einer wirtschaftlichen Personalplanung. Es liegt in ihrem Interesse, nicht zu viele Betten zu betreiben, wenn diese nicht mit Patienten belegt werden können. Gleichzeitig braucht ein Spital auch eine strukturelle Reserve. Ähnlich wie bei einem Schulhausbau, kann zum Zeitpunkt des Neubaus nicht exakt vorausgesagt werden, wie viele Zimmer und Betten im Laufe der Jahre nötig sind. Dazu müssen Annahmen getroffen werden. Es macht Sinn, gewisse Reserven einzuplanen. Nur so kann verhindert werden, dass sofort wieder ausgebaut werden muss. Der Kanton Zürich verzeichnet ein hohes Bevölkerungswachstum und eine Alterung der Bevölkerung. Zusätzlich nehmen die stationären Aufenthalte durch ausserkantonale Patienten zu. Gegenläufig ist der Trend der Ambulantisierung. Über die letzten Jahre war der Bedarf an Spitalbetten im Kanton Zürich konstant. Nicht alle Betten werden betrieben. Die Gesundheitskosten werden durch massvolle Reservekapazitäten nicht in die Höhe getrieben. Im Gegenteil, Reserven sind in einer nachhaltigen Bedarfsplanung zwingend erforderlich.

Versorgungsrelevante Spitalkapazität

Wenn politisch eine höhere Auslastung gefordert wird, bedeutet dies, dass die Spitäler weniger Betten in Betrieb nehmen und somit an mehr Tagen voll ausgelastet sind. Eine volle Auslastung hat zur Folge, dass Patienten lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen oder abgewiesen werden. Notfallpatienten müssen in andere Spitäler verlegt werden. Ein Transport birgt in einer Notfallsituation immer auch ein gesundheitliches Risiko. Und da bei geplanten Eingriffen für ein Spital mit voller Auslastung die Aufnahmepflicht nicht gilt, besteht bei Engpässen die Gefahr, dass die Zusatzversicherten einen schnelleren Zugang erhalten. Freie Spital-Betten sichern den raschen Zugang für alle. Wird die Bettenbelegung erhöht, respektive die Anzahl Betten politisch gedeckelt, wird auch der Spital-Zugang und die Wahlfreiheit des Patienten beschränkt. Es besteht die Gefahr einer Zweiklassenmedizin.

VZK, 5. Dezember 2019

² Erwünschte und unerwünschte Optimierungen von Leistungsmengen und -verlagerungen im stationären Spitalbereich, Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Schlussbericht Polynomics AG und Helsana Versicherungen AG, 07. April 2017