

Sitzung vom 11. April 2012

**377. Interpellation (Diagnosis Related Groups [DRG]-System
in Akutspitälern)**

Die Kantonsrätinnen Erika Ziltener, Zürich, Hedi Strahm, Winterthur, und Kantonsrat Thomas Marthaler, Zürich, haben am 27. Februar 2012 folgende Interpellation eingereicht:

Der Kanton Zürich muss das DRG-System (Diagnosis Related Groups) umsetzen, obwohl es Lücken sowohl in der Qualitätssicherung als auch in der Finanzierung aufweist. Die Lücken laden einerseits die Spitäler zur Selektion von Patientinnen und Patienten ein und andererseits gefährden sie Leistungen wegen mangelhafter Finanzierung. Verschiedene Leistungen wie Palliativ-Medizin, Pflege und Betreuung, Kindermedizin, Übergangspflege und Leistungen in der Geriatrie werden im DRG-System nicht oder nur ungenügend abgebildet. Zudem ist die Qualität der Leistungen nicht gesichert. Zwar führt der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Heimen (ANQ) Messungen zur Qualität durch und der Bund führt Studien zu den Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Qualität durch. Auch der Kanton Zürich sieht Massnahmen im Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) zur Sicherung der Qualität vor.

Wir bitten den Regierungsrat um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung verlangt nach zusätzlichen Massnahmen zur Sicherung der Qualität. Welche zusätzlichen Qualitätsmessungen im Rahmen des SPFG sieht der Regierungsrat vor? Welche konkreten Massnahmen setzt er in diesem Bereich um?
2. Ein Kriterium für einen Leistungsauftrag ist die Anzahl Fälle. Offenbar sind Operateure, die vor allem für spezialisierte Eingriffe in einem Spital tätig sind, in verschiedenen Spitälern unterwegs, um diese spezialisierten Eingriffe durchzuführen. Ist dem Regierungsrat diese Tätigkeitsform bekannt? Und sind dem Regierungsrat Spitäler bekannt, in denen diese Tätigkeitsform praktiziert wird?
3. Auch eine sehr gute Chirurgin, ein sehr guter Chirurg kann die Qualität im Alleingang nicht sichern. Dazu sind ein qualifiziertes Team für die Nachbetreuung und die entsprechende Infrastruktur zwingend notwendig. Mit welchen Massnahmen verhindert der Regierungsrat solche Tätigkeiten? Wie garantiert er die qualitativ hochstehende postoperative Behandlung?

4. Das DRG-System honoriert sogenannte einfache Eingriffe. Operationen, die in einem Eingriff gemacht werden könnten, werden auf zwei Operationen aufgeteilt. Zudem werden Operationen oder Eingriffe durchgeführt, die unnötig sind. Wie stellt der Regierungsrat die Qualität und Qualitätssicherung bei der Indikation sicher?
5. Die Hirslanden-Gruppe hat mit ihrer Klage gegen den Kanton Zürich wegen zu tiefen Fallpauschalen bewiesen, dass für Sie die Gewinnoptimierung im Vordergrund steht. Wie legitimiert der Regierungsrat die Leistungsaufträge unter den gegebenen Umständen?
6. Längst zeichnete sich ab, dass das DRG-System und der damit verbundene Wettbewerb zu massiven Mehrkosten führen würden. Wie gedenkt der Regierungsrat die Sicherstellung der Finanzierung zu gewährleisten?
7. Der Kanton muss eine gewisse Schutzfunktion für seine Leistungserbringer wahrnehmen. Wie gedenkt der Regierungsrat diese Schutzfunktion auszuüben?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Interpellation Erika Ziltener, Zürich, Hedi Strahm, Winterthur, und Thomas Marthaler, Zürich, wird wie folgt beantwortet:

Zu Fragen 1–4:

Die Finanzierung der stationären Behandlungen in Spitälern über leistungsbezogene Fallpauschalen (DRG) war bereits wiederholt Gegenstand von parlamentarischen Vorstössen (vgl. Postulat KR-Nr. 186/2009 betreffend Einführung von DRG in Zürcher Spitälern [Vorlage 4869], dringliches Postulat KR-Nr. 33/2011 betreffend DRG-Moratorium jetzt; Anfrage KR-Nr. 375/2010 betreffend offene Fragen zur Einführung der neuen Spitalplanung und Finanzierung gemäss SwissDRG sowie Anfrage KR-Nr. 266/2010 betreffend Qualitätssicherung und Kosten im Zusammenhang mit der Einführung des schweizweit einheitlichen Fallpauschalen-Systems DRG in Zürcher Spitälern).

Die schweizweite Einführung der DRG auf den 1. Januar 2012 geht zurück auf eine Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) in den Bereichen Spitalfinanzierung und -planung. Im Kanton Zürich wurde zur Finanzierung der Spitäler bereits vor dem 1. Januar 2012 auf ein DRG-System mit diagnosebezogenen Fallgruppierungssystemen (All Patient Diagnosis Related Groups [APDRG]) abgestellt. Die Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen

betrifft die Abrechnung mit den Versicherern und ist als eine Weiterentwicklung des bereits seit rund zehn Jahren angewendeten Finanzierungssystems anzusehen. Die Spitalfinanzierung mit diagnosebezogenen Fallpauschalen führt zu grösserer Transparenz im Spitalbereich und ermöglicht umfassende Leistungs-, Kosten- und Preisvergleiche. Neben diesen positiven Gesichtspunkten werden mit den Fallpauschalen aber auch Befürchtungen in Verbindung gebracht, etwa Qualitätseinbussen wegen des zunehmenden Effizienzdrucks, unnötige Wiederaufnahmen von Patientinnen und Patienten (Rehospitalisationen), unbeabsichtigte Verlagerungen der Behandlung in nachsorgende Einrichtungen, das Aufsplitten einer Behandlung in mehrere einzeln abgerechnete Fälle oder die Selektion wirtschaftlich besonders attraktiver Fälle.

Der Kantonsrat hat anlässlich der Beratung und mit seiner Zustimmung zum Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG, LS 813.20) am 2. Mai 2011 dieser Besorgnis Rechnung getragen. Um unerwünschten Auswirkungen der Finanzierung über Fallpauschalen entgegenzuwirken, enthält das SPFG eine Reihe von besonderen Regelungen. Das für den Erhalt und die Weiterentwicklung der Qualität festgelegte gesetzliche Instrumentarium wird in den Ausführungen der Gesundheitsdirektion im Strukturbericht zur Spitalplanung vom September 2011 abgebildet und ist auch Gegenstand der ausführlichen Darstellung in Bericht und Antrag zum Postulat KR-Nr. 186/2009 betreffend Einführung von DRG in Spitälern (Vorlage 4869, vgl. www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012/strukturbericht.html#a-content). Zusammenfassend gesagt, handelt es sich dabei um systemische Massnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Qualität, zur Verhinderung einer Fragmentierung der Versorgung und zur Vermeidung der Unterversorgung. Um eine medizinisch oder ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung von Leistungen zu verhindern, wurden Leistungsgruppen zu sach- und fachgerechten Angeboten zusammengezogen. Dementsprechend wurden die Leistungsgruppen im Rahmen der Spitalplanung so ausgestaltet, dass medizinisch und zeitlich eng miteinander verbundene Leistungen nur zusammen am gleichen Standort angeboten werden dürfen. Die Leistungserbringer müssen zur Gewährleistung der notwendigen Behandlungsqualität unter anderem eine geeignete Infrastruktur und genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten (Personal und Logistik) und ein eigenes Qualitätssicherungskonzept aufweisen, über ein Hygienekonzept und über ein auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtetes Patientenversorgungskonzept verfügen. Schliesslich muss jedes Listenspital ein Fehlermeldesystem

(CIRS) betreiben, das den Mitarbeitenden die Möglichkeit gibt, in einer geschützten Umgebung unter Wahrung der Vertraulichkeit über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Die Spitäler sind sodann verpflichtet, an Qualitätsmessungen, wie z. B. von Outcome (heute: health care research institute, hcri AG) oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANO), teilzunehmen. Um die Auswirkungen des Systemwechsels in der Spitalfinanzierung auf die Qualität erfassen zu können, werden die bisherigen Messungen bis zum 31. Dezember 2016 weitergeführt. Spitäler, die bisher das Messprogramm von Outcome befolgt haben, befolgen mindestens das Messprogramm des Verbandes Zürcher Krankenhäuser (VZK). Im Übrigen müssen die Listenspitäler regelmässig vergleichbare Befragungen von Patientinnen und Patienten sowie Zuweiserinnen und Zuweisern durchführen und die Ergebnisse der Patientenbefragungen öffentlich bekannt machen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung bei der Einführung der Fallpauschalenfinanzierung wurde auch die Frage aufgeworfen, ob mit vorzeitigen Patientenentlassungen (sogenannte blutige Entlassungen) zu rechnen sei. Über derartige Vorkommnisse ist nichts bekannt; aufgrund einer internationalen Literaturstudie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ist auch nicht mit entsprechenden Auswirkungen zu rechnen (Brügger U. et al.; Impact of Introducing a DRG reimbursement system in an acute inpatient hospital setting: a literature review, in: HTAI 7th annual meeting, Dublin 2010).

Das SwissDRG-Tariffsystem umfasst auch drei Korrekturmechanismen, die dem finanziellen Anreiz für eine verfrühte Patientenentlassung entgegenwirken. Bei ungewöhnlich kurzen Spitalaufenthalten unterhalb einer pro DRG festgelegten unteren Grenzverweildauer wird die Fallpauschale gekürzt. Bei sehr langen Aufenthaltsdauern oberhalb einer pro DRG bestimmten oberen Grenzverweildauer erhält das Spital pro Tag eine zusätzliche Entschädigung. Und bei der Rehospitalisation einer Patientin oder eines Patienten innerhalb von 18 Tagen nach der Entlassung wegen der gleichen Erkrankung oder Komplikationen wird keine weitere Entschädigung ausgerichtet.

Weiter ist festzuhalten, dass mit der neuen, leistungsorientierten Spitalplanung die Angebotskapazitäten nicht mehr festgelegt oder beschränkt werden. Leistungserbringer, die in denselben Leistungsbereichen tätig sind, stehen daher untereinander in Konkurrenz um die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie haben somit ein wesentliches Eigeninteresse daran, eine ungenügende Behandlungsqualität

aufgrund verfrühter Entlassungen und damit einen schlechten Ruf bei Patientinnen und Patienten sowie Zuweiserinnen und Zuweisern zu vermeiden.

Das Belegarztsystem ist in den meisten Zürcher Spitalern als Ergänzung zum Chefarztsystem weit verbreitet. In der Zürcher Spitalplanung 2012 wurde von den Fachexpertinnen und -experten aufgrund medizinischer Überlegungen pro Leistungsgruppe ausdrücklich festgelegt, ob die vorgeschriebene Fachärztin FMH oder der vorgeschriebene Facharzt FMH vom Spital fest angestellt sein muss oder ob auch eine Beleg- oder Konsiliarärztin bzw. ein Beleg- oder Konsiliararzt genügt. Grundsätzlich wurden Belegärztinnen und -ärzte in erster Linie für Wahleingriffe zugelassen, die keine sofortige Intervention der Fachärztin oder des Facharztes bei postoperativen Komplikationen erfordern. Die für einen Leistungsauftrag festgelegten Mindestfallzahlen gelten dabei pro Spital, da nicht nur die einzelne Operateurin bzw. der einzelne Operateur, sondern das Operationsteam und alle vor- und nachgelagerten Bereiche des Spitals einen Einfluss auf die Qualität der Behandlung haben. Die Fallzahlen einer Belegärztin oder eines Belegarztes aus verschiedenen Spitalern werden nicht zusammengezählt.

Zu Frage 5:

Die Spitalisten sind nicht auf öffentliche Leistungserbringer beschränkt. Bereits das KVG gibt vor, dass private Trägerschaften angemessen zu berücksichtigen sind. Die sich für öffentliche Leistungsaufträge bewerbenden Spitäler sind nach rechtsgleichen Kriterien zu evaluieren. Massgeblich für die Vergabe der Leistungsaufträge sind insbesondere die Infrastruktur, ausreichende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten (qualifiziertes Personal), ein genügendes Qualitätssicherungskonzept, Aufnahmebereitschaft und wirtschaftliche Leistungserbringung. Die Klinik Hirslanden hat für jene Bereiche, in denen sie die Anforderungen erfüllt, einen Leistungsauftrag erhalten.

Die Festlegung der Abgeltung der Leistungen ist nicht Gegenstand des Aufnahmeverfahrens für die Spitalliste, sondern ist eine Frage der Tariffindung. Die Tarife sind zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern auszuhandeln. Können sie sich einigen, sind die Tarife von der Preisüberwachung und vom Regierungsrat auf Gesetzeskonformität zu prüfen und zu genehmigen. Dabei wird auf die Vorgabe des KVG abgestellt, wonach die Spitaltarife sich an der Entschädigung derjenigen Spitäler orientieren müssen, die die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen. Können sich Spitäler und Krankenkassen nicht einigen, hat der Regierungsrat die Tarife nach derselben Methode festzusetzen. Es entspricht einer Grundregel des Rechtsstaats,

dass Tarifentscheide des Regierungsrates von den Parteien angefochten und vom Bundesverwaltungsgericht überprüft werden können. Von dieser Möglichkeit haben auf Beginn der neuen Spitalfinanzierungsregelung auf 2012 im notwendig gewordenen provisorischen Tariffestsetzungsverfahren nicht nur die Klinik Hirslanden und weitere Leistungserbringer, sondern auch Krankenversicherer Gebrauch gemacht.

Zu Frage 6:

Nach der jahrelangen Erfahrung mit APDRG und auch knapp drei Monate nach Einführung der SwissDRGs bestehen keine Anzeichen für eine nicht vorhersehbare Kostenausweitung, die auf das System zurückzuführen wäre. Tatsächlich findet im Nachgang zur Inkraftsetzung des neuen SPFG eine Verschiebung zwischen den einzelnen Kostenträgern statt: Gemeinden und Versicherer werden ent- und der Kanton belastet. Er bezahlt – anstelle der Krankenversicherer – rund 100 Mio. Franken für ausserkantonale Behandlungen von Zürcher Patientinnen und Patienten und übernimmt die rund 255 Mio. Franken, die vor ihrer Entlassung aus der bisherigen Mitverantwortung für die Spitalversorgung von den Gemeinden getragen wurden. Die entsprechenden Mittel sind budgetiert.

Zu Frage 7:

Die Schutzfunktion des Kantons kann sich nicht auf die einzelnen Leistungserbringer beziehen. Er hat vielmehr für ein System zu sorgen, das innerhalb des im Gesundheitssektor bereits hinreichend regulierten Wettbewerbs klare und verbindliche Spielregeln festlegt. Diesem Anspruch ist mit dem Erlass des SPFG und der Durchführung der Spitalplanung 2012 Rechnung getragen worden.

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

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi