

Antrag des Regierungsrates vom 1. Februar 2012

KR-Nr. 186/2009

4869

**Beschluss des Kantonsrates
zum Postulat KR-Nr. 186/2009 betreffend
Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG)**

(vom

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 1. Februar 2012,

beschliesst:

I. Das Postulat KR-Nr. 186/2009 betreffend Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG) wird als erledigt abgeschrieben.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 15. Februar 2010 folgendes von den Kantonsrätinnen Heidi Bucher-Steinegger, Zürich, und Barbara Bussmann, Volketswil, sowie Kantonsrat Hans Fahrni, Winterthur, am 15. Juni 2009 eingereichte Postulat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird aufgefordert, in einer umfassenden Analyse über die geplante Einführung und die möglichen Folgen von DRG zu berichten. Dabei sind auch die Wechselwirkungen von DRG und Spitalplanung aufzuzeigen.

Es ist ein Qualitätssicherungskonzept für die Einführung von DRG zu erarbeiten (z. B. Verhinderung von zu frühen Patiententlassungen, Ausbau von Rehabilitationsabteilungen und Spitex, Schutz des Personals vor Lohndruck usw.), zu realisieren und dessen Wirksamkeit zu überprüfen.

Zudem bitten wir den Regierungsrat, über den Stand der Begleitforschung des Instituts für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich zu informieren.

*Bericht des Regierungsrates:***1. Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung**

Die eidgenössischen Räte beschlossen am 21. Dezember 2007 eine Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) in den Bereichen Spitalfinanzierung und -planung. Das zentrale Element der Revision ist die Umstellung von der bisherigen Objektfinanzierung auf eine leistungsorientierte Subjektfinanzierung. Ab 2012 werden die auf den kantonalen Spitallisten geführten Spitäler für stationäre Behandlungsleistungen mit leistungsbezogenen Pauschalen entschädigt. In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen, die auf einer schweizweit einheitlichen Tarifstruktur beruhen.

Die Finanzierung von Spitälern mit diagnosebezogenen Fallpauschalen ist seit über 40 Jahren bekannt und in vielen Ländern eingeführt, unter anderem in Deutschland, Skandinavien, Australien, Kanada, Japan, Grossbritannien, Frankreich und Spanien. Grundlage bildet ein diagnosebezogenes Fallgruppierungssystem (Diagnosis Related Groups; DRG), das mit fallspezifischen Kostendaten hinterlegt wird. Für die Schweiz ist das in Deutschland gültige G-DRG-System (German DRG) an die landesspezifischen Bedürfnisse angepasst worden und bildet als SwissDRG die Grundlage der ab 2012 schweizweit geltenden Tarifstruktur.

Neben den Änderungen bei der Spitalfinanzierung wird mit der KVG-Revision auch eine leistungsbezogene Spitalplanung eingeführt. Damit steht nicht mehr das Festlegen von Bettenkapazitäten im Vordergrund, sondern es werden Leistungsaufträge für medizinische Leistungsgruppen festgelegt. Diese Leistungsgruppen beruhen bei der im Kanton Zürich entwickelten Planungsmethodik unter anderem auf dem DRG-Klassifikationssystem.

2. Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen im Kanton Zürich

Bei der Finanzierung der Spitäler im Kanton Zürich wurden die Globalbudgets und das Kosten-Benchmarking schon seit mehreren Jahren auf der Grundlage eines diagnosebezogenen Fallgruppierungssystems (All Patient Diagnosis Related Groups; AP-DRG) berechnet. Die Einführung der SwissDRG-Fallpauschalen stellt für die Zürcher Spitäler somit keinen Paradigmenwechsel dar. Vielmehr handelt es sich um eine Weiterentwicklung des bereits angewendeten Finanzie-

runnungssystem. Die Spitalfinanzierung mit diagnosebezogenen Fallpauschalen führt zu grösserer Transparenz im Spitalbereich und wird umfassende Leistungs-, Kosten- und Preisvergleiche ermöglichen. Mit den Fallpauschalen werden neben positiven Gesichtspunkten aber auch ungünstige Auswirkungen 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 diesen Gesichtspunkten Rechnung getragen. Um allfälligen unerwünschten Auswirkungen der Finanzierung über Fallpauschalen entgegenzuwirken, wurden im SPFG eine Reihe von Regelungen erlassen:

a) Verhinderung einer Fragmentierung der Versorgung:

Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass sich die Spitäler unter dem Einfluss der Fallpauschalen vermehrt spezialisieren und auf ihre Stärken konzentrieren. Diese Entwicklung ist im Interesse einer Verbesserung der Qualität und der Effizienz der medizinischen Behandlungen grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings setzen viele Behandlungen ein zeitlich rasch verfügbares fachübergreifendes medizinisches Wissen voraus, sodass eine übermässig fragmentierte Versorgungsstruktur nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten liegt. § 4 Abs. 3 lit. a SPFG gibt als Zielsetzung für die Spitalplanung daher vor, dass Leistungsgruppen zu sach- und fachgerechten Angeboten zusammengezogen werden sollen, um eine medizinisch oder ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung von Leistungen zu verhindern. Dementsprechend wurden die Leistungsgruppen im Rahmen der Zürcher Spitalplanung so ausgestaltet, dass medizinisch und zeitlich eng miteinander verbundene Leistungen nur zusammen am gleichen Standort angeboten werden dürfen. So wird beispielsweise der Leistungsbereich Viszeralchirurgie nur in Kombination mit dem Leistungsbereich Gastroenterologie vergeben. Und ein Spital mit Notfallstation muss sämtliche Leistungen der Basisversorgung anbieten, damit bei unklaren Beschwerden eine umfassende Differenzialdiagnose und eine sofortige Erstbehandlung vorgenommen werden können.

b) Vermeidung von Unterversorgung:

Aus einer rein betriebswirtschaftlichen Sichtweise könnten Spitäler unter dem neuen Finanzierungssystem versucht sein, finanziell

weniger attraktive Behandlungen oder die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer komplexen Problematik (z. B. polymorbide oder alkoholabhängige Patientinnen und Patienten) zu verweigern oder grundversicherte Patientinnen und Patienten zugunsten von Zusatzversicherten zurückzuweisen. Dies könnte in Teilbereichen eine Unterversorgung zur Folge haben. § 5 Abs. 1 lit. d SPFG hält daher ausdrücklich fest, dass Listenspitäler ihre Aufnahmebereitschaft nach den Vorgaben des KVG gewährleisten müssen, und zwar unabhängig von der voraussichtlichen Kostendeckung im konkreten Fall. Patientinnen und Patienten, denen die Aufnahme in Verletzung dieser Bestimmung verwehrt wurde, können sich an eine eigens dafür eingerichtete Beschwerdestelle wenden (§ 21 Abs. 2 SPFG). Die Gesundheitsdirektion hat zu diesem Zweck mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich eine Leistungsvereinbarung über den Betrieb einer solchen Beschwerdestelle abgeschlossen.

c) Qualitätssicherung:

Der Wechsel zur Fallpauschalenfinanzierung stellt für die Zürcher Spitäler wie eingangs ausgeführt keinen Paradigmenwechsel dar. Im Bereich der Behandlungsqualität sind daher grundsätzlich keine schwerwiegenden negativen Auswirkungen zu erwarten. Auch in der internationalen Literatur finden sich gemäss einer Studie des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften keine Hinweise darauf, dass die Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen negative Auswirkungen auf die Qualität hat (Brügger, U; Eichler, K: Impact of introducing a DRG reimbursement system in an acute inpatient hospital setting: A literature review. In: HTAi 7th Annual Meeting Dublin 2010 - 2010).

Zur Gewährleistung der notwendigen Behandlungsqualität sind in § 5 SPFG verschiedene Anforderungen an die Listenspitäler definiert. So müssen die Leistungserbringer eine geeignete Infrastruktur und genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten aufweisen, ein Qualitätssicherungskonzept nachweisen und über ein auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtetes Patientenversorgungskonzept verfügen. Im Rahmen der Spitalplanung wurden diese Anforderungen weiter spezifiziert. So sind in den Anhängen 1 und 2 der Spitalliste 2012 Akutsomatik die Anforderungen an die Leistungserbringung in den einzelnen Leistungsgruppen vorgegeben (Qualifikation und Verfügbarkeit von Fachärztinnen und -ärzten, Notfallstation, Intensivstation, Mindestfallzahlen usw.). In Anhang 3 sind die generellen Anforderungen an die Listenspitäler ausgeführt. Im Bereich der Qualitätssicherung bestehen folgende Auflagen:

- Qualitätssicherungskonzept: Gemäss Art. 77 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV, SR 832.102) müssen die Leistungserbringer Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen und die Förderung der Qualität erarbeiten. Die Modalitäten der Durchführung sind in den Tarifverträgen oder in besonderen Qualitätssicherungsverträgen mit den Versicherern zu vereinbaren. Jedes Listenspital muss über ein Qualitätssicherungskonzept verfügen. Die Qualitätsziele haben Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu enthalten.
- Qualitätsmessungen: Jedes Listenspital muss regelmässig an etablierten Qualitätsmessungen wie z. B. von Outcome oder dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) teilnehmen. Um die Auswirkungen des Systemwechsels in der Spitalfinanzierung auf die Qualität erfassen zu können, sind die bisherigen Messungen bis zum 31. Dezember 2016 weiterzuführen. Spitälern, die bisher das Messprogramm von Outcome befolgt haben, befolgen mindestens das Messprogramm des Verbandes Zürcher Krankenhäuser (VZK). Zur Frage der Qualitätsmessungen wird im Übrigen auf die Beantwortung der Anfrage KR-Nr. 266/2010 betreffend Qualitätssicherung und Kosten im Zusammenhang mit der Einführung des schweizweit einheitlichen Fallpauschalen-Systems DRG in den Zürcher Spitälern verwiesen.
- Critical Incident Reporting System (CIRS): In jedem Listenspital muss ein CIRS geführt werden, das den Mitarbeitenden die Möglichkeit gibt, in einer geschützten Umgebung unter Wahrung der Vertraulichkeit über kritische Vorfälle in ihrem jeweiligen Arbeitsumfeld zu berichten. Alle Mitarbeitenden werden über diese Möglichkeit informiert und haben Zugang zu CIRS. Die Meldungen werden analysiert und mit Hinweis auf das Verbesserungspotenzial anonym an die Spitalleitung weitergeleitet, damit die notwendigen Verbesserungsmassnahmen getroffen werden können. Geburtshäuser und Spezialfälle wie Kleinspitäler sind von der CIRS-Pflicht ausgenommen, da bei diesen die Anonymität nicht gewährleistet werden kann.
- Multiprofessionelle Entlassungspfade: Jedes Listenspital muss einen systematischen Entlassungsprozess einführen, der die anschließende Versorgung der Patientinnen und Patienten durch nachgelagerte Leistungserbringer nahtlos sichergestellt.
- Patienten- und Zuweiserbefragungen: Jedes Listenspital muss regelmässig vergleichbare Befragungen von Patientinnen und Patienten und Zuweisern durchführen. Die Ergebnisse der Patientenbefragungen sind öffentlich bekannt zu machen.

- Hygienevorschriften: Jedes Listenspital muss eine interdisziplinäre Hygienekommission einsetzen und über ein Hygienekonzept verfügen. Im Weiteren ist eine Überwachung von nosokomialen Infektionen und von Resistenzentwicklungen zu führen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung bei der Einführung der Fallpauschalenfinanzierung stellt sich auch die Frage, ob mit vorzeitigen Patientenentlassungen («blutige Entlassungen») zu rechnen sei. Wie vorstehend erwähnt, ergibt sich aufgrund internationaler Literaturstudien kein Hinweis auf entsprechende Auswirkungen. Weiter ist festzuhalten, dass mit der neuen, leistungsorientierten Spitalplanung keine Angebotskapazitäten mehr festgelegt werden. Leistungserbringer, die in denselben Leistungsbereichen tätig sind, stehen daher untereinander in Konkurrenz um die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Sie haben somit ein grosses Interesse daran, eine ungenügende Behandlungsqualität aufgrund verfrühter Entlassungen und damit einen schlechten Ruf bei Patienten und Zuweisern zu vermeiden. Im Weiteren enthält das SwissDRG-Tariffsystem drei finanzielle 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. Mit Blick auf das Patienteninteresse ist neben der zu frühen Entlassung auch eine unnötig lange Aufenthaltsdauer kritisch zu betrachten. Mit der Fallpauschalenfinanzierung wird der mit der bisherigen tagesbezogenen Finanzierung verbundene Fehlanreiz, Patientinnen und Patienten über Gebühr lange in stationärer Behandlung zu behalten, entfallen.

Gesamthaft betrachtet, ist davon auszugehen, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer tendenziell weiter sinken wird, wobei naturgemäss grosse Unterschiede zwischen den einzelnen Leistungsbereichen bestehen. Die mittlere Aufenthaltsdauer über alle akuten somatischen Leistungsbereiche hinweg liegt im Kanton Zürich heute mit 7,0 Tagen deutlich unter dem schweizerischen Vergleichswert von 7,7 Tagen. Bis 2020 ist eine weitere Verkürzung auf 6,5 Tage zu erwarten. Dies ist allerdings nicht nur durch veränderte finanzielle Anreize bedingt, sondern insbesondere auch durch den medizintechnischen Fortschritt. Gegenläufig wird sich das steigende Alter der Patientinnen und Patienten auswirken.

d) Schnittstellenoptimierung in der Versorgung:

Stationäre Leistungserbringer wie Spitäler und Geburtshäuser müssen gemäss § 5 Abs. 1 lit. e SPFG über ein Patientenversorgungskonzept verfügen, das auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtet ist. Damit wird sichergestellt, dass die Patientenversorgung unter den beteiligten Leistungserbringern koordiniert wird. Im Nachgang zu einer Spitalbehandlung betrifft dies einerseits Einrichtungen der Rehabilitation. Hier hat der Kanton mit der Spitalliste 2012 Rehabilitation sichergestellt, dass der Bevölkerung ein bedarfsgerechtes und insbesondere wohnortnahes Rehabilitationsangebot zur Verfügung steht. Demgegenüber schliesst sich an eine Spitalbehandlung oftmals eine Weiterbetreuung durch eine Einrichtung der Langzeitpflege wie ein Pflegeheim oder eine Spitexorganisation an. Mit dem am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Pflegegesetz (LS 855.1) wurden die Gemeinden verpflichtet, für eine bedarfs- und fachgerechte stationäre und ambulante Pflegeversorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner zu sorgen. Sie haben die entsprechenden Leistungsangebote einschliesslich Leistungen der Akut- und Übergangspflege zur Verfügung zu stellen oder zu vermitteln. In der Verordnung über die Pflegeversorgung (LS 855.11) ist das von den Gemeinden sicherzustellende Angebot an Pflegeleistungen spezifiziert. Neben dem Leistungsspektrum und dem Leistungsumfang sind hier die Pflicht zur Qualitätssicherung sowie zur Erstellung eines Versorgungskonzepts unter Berücksichtigung der Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung sowie zwischen Pflege- und Akutversorgung festgehalten. Die koordinierte Patientenversorgung ist damit sowohl im Bereich der Akutversorgung als auch im Bereich der Langzeitpflege mit gesetzlichen Vorgaben untermauert.

3. Begleitforschung des Instituts für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich

Im Rahmen des vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Sinergia-Projekts «Assessing the Impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice» untersucht das Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich (IBME) den Wechsel zu den diagnosebezogenen Fallpauschalen unter anderem aus ethischer Sicht. Ziel des Projekts ist es, Indikatoren und Instrumente zu entwickeln, die helfen, die Auswirkungen der DRGs auf die Patientenversorgung und die berufliche Praxis abzuschätzen. Die Projektgruppe des IBME vereint Fachwissen in den Bereichen medizinische Ethik, Recht, Pflegewissenschaft, Versorgungsforschung und – durch

ein Netzwerk von beratenden Expertinnen und Experten – Gesundheitsökonomie, Politik und Verwaltung. An den Forschungsgruppen sind die Universitäten Zürich (Leitung), Basel, Genf und Lausanne beteiligt.

Das Projekt untersucht drei Hauptthemen: die Qualität der Gesundheitsversorgung (einschliesslich die Patientenzufriedenheit), den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Arbeitszufriedenheit der Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte. Für die Bearbeitung der Fragestellungen sind fünf Gruppen in den Bereichen Medizinische Ethik, Recht, Pflege, Versorgung und Patientensicherheit eingesetzt. Das Projekt wurde im Frühjahr 2011 begonnen. Ergebnisse der Erhebung vor der schweizweiten Einführung der DRG werden für Frühjahr 2012, erste Ergebnisse sind nach Einführung der DRGs ab Ende 2012 erwartet. Im Weiteren wurden mehrere ergänzende kleinere Projekte begonnen. Diese befassen sich mit spezifischen, durch die DRG-Einführung aufgeworfenen Fragen in den Fachbereichen Neonatologie, Pädiatrie und Physiotherapie.

4. Antrag

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 186/2009 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:	Der Staatsschreiber:
Gut-Winterberger	Husi