

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

KR-Nr. 418/2023

Sitzung vom 20. März 2024

### **307. Anfrage (Wer kümmert sich heute noch um die Patientinnen und Patienten)**

Kantonsrätin Brigitte Röösl, Illnau-Effretikon, und Kantonsrat Michael Bänninger, Winterthur, haben am 18. Dezember 2023 folgende Anfrage eingereicht:

Das Gesundheitswesen steht unter Druck. Spitäler schreiben rote Zahlen und müssen die Abläufe optimieren. Alle stehen unter Leistungsdruck. Die Jagd nach guten Risiken und lukrativen Eingriffen ist nicht immer zum Wohl der Patientinnen und Patienten. Es scheint, dass ein Kampf, jeder gegen jeden, tobt.

Vor 30 Jahren war es normal, dass es in jedem Spital eine Chirurgie- und eine Medizinstation gab. Der Chefarzt (es waren alles Männer) hatte die Verantwortung für alle Patientinnen und Patienten und zog bei Bedarf einen Spezialisten bei. Es war selbstverständlich, dass der Chefarzt die Fäden zusammen hielt und z. B. eine neurologische Patientin, welche zudem noch Herzprobleme hatte, vollumfänglich betreute.

Heute ist das anders. Im USZ sind es z. B. aktuell 43 verschiedene Kliniken. Das Kantonsspital Winterthur hat scheinbar die Zeichen der Zeit erkannt und arbeitet bereits wieder vermehrt interdisziplinär zusammen. Doch in den meisten Spitäler reissen sich die Spezialistinnen und Spezialisten weiterhin um die lukrativen Fälle, die Konkurrenz ist gross und alle wollen und müssen gute Zahlen liefern. Diese Konkurrenz findet nicht nur zwischen, sondern z. T. auch innerhalb eines Spitales statt, nämlich dann, wenn einzelne Kliniken als Profit-Centers geführt werden und mit den Kolleginnen und Kollegen konkurrenzieren müssen.

Die heutigen Spitäler sind Profitzentren. Es ist eine grosse Industrie, und das Wohl der Patientinnen und Patienten kommt dabei oft erst an zweiter Stelle. Alle mit schlechten Zahlen kommen unter die Räder, und das sind nicht selten die Kliniken, welche die Grundversorgung und interdisziplinäre Arbeit übernehmen, welche nach der Profit-Center Logik am defizitärsten sind.

In diesem Zusammenhang bitten wir den Regierungsrat um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Wo sieht der Regierungsrat in der heutigen Spitallandschaft Möglichkeiten, um auf eine ganzheitliche Behandlung (d. h. eine Behandlung, die alle Probleme und Diagnosen berücksichtigt sowie die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten einbezieht) in den Spitälern im Kanton Zürich Einfluss nehmen zu können?
2. Wo sieht der Regierungsrat Möglichkeiten, national auf die Tarifsituation oder kantonal mittels Leistungsauftrag, Einfluss zu nehmen, damit die ganzheitliche Behandlung belohnt und die losgelöste Behandlung benachteiligt wird?
3. Wie nimmt der Regierungsrat Einfluss, damit in den kantonalen Spitälern, im speziellen im Unispital, die Behandlungen ganzheitlich, Patientinnen- und Patientenorientiert und nicht nur auf wirtschaftlicher Ebene erfolgreich durchgeführt werden?
4. Wie überprüft der Regierungsrat, dass mehrfacherkrankte Patientinnen und Patienten integral, statt nach einer Organspezialisierungslogik behandelt werden? Was meint der Regierungsrat zum Modell des Inselspitals in Bern? Welche Vorgaben benötigt es, um ein solches Modell zu erreichen?
5. Wo und wie werden in den öffentlichen Spitälern Patienten abgerechnet, welche nicht versichert sind? Wird das entstehende Defizit der behandelnden Klinik verrechnet? Wenn ja, in welchen wird dies so gemacht? Um wie viele Fälle und welche Beträge handelt es sich hier in diesen Spitälern pro Jahr?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Brigitte Röösl, Illnau-Effretikon, und Michael Bänninger, Winterthur, wird wie folgt beantwortet:

Zu Fragen 1–4:

Die Kantone sind für die Planung und Steuerung der stationären Spitalversorgung mittels Spitallisten zuständig. Auf den Spitallisten sind sämtliche Spitälern aufgeführt, die einen Leistungsauftrag vom Kanton erhalten haben; dazu gehören auch die vier kantonalen Spitälern. Die Vergabe eines Leistungsauftrags setzt voraus, dass die Spitälern sowohl die generellen als auch die leistungsspezifischen Anforderungen des Kantons erfüllen. Dabei kann der Regierungsrat auch Massnahmen festlegen, welche die ganzheitliche Behandlung von Patientinnen und Patienten in den Spitälern fördern. So ist es gemäss den generellen Anforderungen der geltenden Spitallisten 2023 erforderlich, dass sämtliche Listenspitalern

über ein Konzept zur integrierten Versorgung verfügen, das speziell auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen ausgerichtet ist. Dabei sind die spitalinternen Schnittstellen zwischen den Kliniken zu berücksichtigen. Darüber hinaus werden weitere spezifische Vorgaben in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit gemacht. Dazu gehören z. B. die verbindliche Durchführung von Indikationskonferenzen oder interdisziplinären Boards, an denen Teams aus verschiedenen Fachbereichen zusammenkommen, um Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Patientinnen und Patienten zu besprechen.

Auch die Konzentration von seltenen und spezialisierten Leistungen (z. B. spezialisierte Lungenmedizin oder Unfallchirurgie [Polytrauma]) an ausgewählten, qualifizierten Spitälern, welche im Kanton Zürich mit der neuen Spitalplanung ab 2023 umgesetzt wurde, leistet einen Beitrag zu einem ganzheitlichen Behandlungsansatz. Die seit dem 1. Januar 2023 für alle Listenspitäler geltende Vorgabe, dass sie über ein Vergütungssystem für angestellte Ärztinnen und Ärzte verfügen müssen, das keine Anreize für eine unwirksame, unzweckmässige oder nicht wirtschaftliche Leistungserbringung setzt und bei dem sich insbesondere Menge und Art der Behandlungen sowie der erzeugte Umsatz nicht wesentlich auf die Vergütung auswirken dürfen, fördert ebenfalls eine patientenzentrierte Medizin (vgl. § 5 lit. i Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz [LS 813.20]).

Bei dem in der Anfrage erwähnten Modell des Inselspitals in Bern wird angenommen, dass damit die dort vorangetriebene Stärkung der Allgemeinen Inneren Medizin und ihrer klinischen Forschung gemeint ist. Auch für das Universitätsspital Zürich (USZ) ist die Stärkung der Inneren Medizin wichtig, nicht zuletzt, weil ihr aufgrund ihres generalistischen Ansatzes eine Art Hausarztfunktion innerhalb des Spitals zukommt. Daneben ist die Innere Medizin auch eine wichtige Ausbildungsstätte für angehende Hausärztinnen und Hausärzte. Das USZ hat daher verschiedene Massnahmen zur Stärkung der Inneren Medizin ergriffen. So wurden in den vergangenen Jahren zwei Poolstationen eröffnet, auf denen Patientinnen und Patienten mit Behandlungsbedarf aus unterschiedlichen Fachbereichen liegen. Diese Poolstationen werden von Internistinnen und Internisten geleitet. Daneben wurde eine Notfallbettenstation für Patientinnen und Patienten mit noch unklarer Diagnose eingerichtet. Auch diese Bettenstation wird von Internistinnen und Internisten geleitet. Schliesslich gibt es eine von der Inneren Medizin geleitete Intermediate-Care-Station als Bindeglied zwischen Intensivstation und der normalen Bettenstation. Mit Medienmitteilung vom 18. Januar 2024 hat das USZ zudem informiert, dass auf den Sommer 2025 ein Departement für Innere Medizin gebildet werden soll, in dem mehrere Kliniken und Institute mit der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin zusam-

mengeführt werden. Dazu gehören die Institute für Notfallmedizin, für Hausarztmedizin und Komplementäre und Integrative Medizin sowie die Kliniken für Immunologie und Klinische Pharmakologie und Toxikologie (vgl. [usz.ch/usz-bildet-ein-departement-zur-staerkung-der-inneren-medicin/](http://usz.ch/usz-bildet-ein-departement-zur-staerkung-der-inneren-medicin/)). Die neue Direktorin oder der neue Direktor des Departements für Innere Medizin wird gleichzeitig einen Lehrstuhl an der Universität Zürich erhalten. Mit all diesen Massnahmen wird die Innere Medizin am USZ gestärkt und nimmt wieder eine übergreifende, koordinierende und zuweisende Rolle ein. Dadurch kann eine umfassende internistische Betreuung der Patientinnen und Patienten am USZ sichergestellt und auch die Attraktivität des Facharztstitels für Innere Medizin erhöht werden.

Auch der Regierungsrat hat in den letzten Jahren verschiedene Massnahmen ergriffen, um die Grundversorgung zu fördern und zu stärken und den Nachwuchs im Bereich der Hausarztmedizin sicherzustellen (vgl. RRB Nrn. 1541/2021, 314/2023 und 1242/2023).

Die Vergabe von Leistungsaufträgen durch den Kanton im Rahmen der Spitalplanung erfolgt unabhängig von der Tarifausgestaltung und Vergütung. Für die Abgeltung der stationären akutsomatischen Leistungen kommt seit 2012 schweizweit das diagnosebezogene Fallpauschalensystem SwissDRG zur Anwendung. Die Erarbeitung und jährliche Weiterentwicklung der gesamtschweizerischen Tarifstruktur auf der Grundlage der von den Spitälern jährlich gelieferten Kosten- und Leistungsdaten ist eine der zentralen Aufgaben der SwissDRG AG, einer gemeinsamen Organisation der Leistungserbringer, Versicherer und Kantone. Die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) reichen gemeinsam die entsprechenden Grundlagen dem Bundesrat zur Genehmigung ein. Die Kantone sind keine Tarifpartner. Durch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren als Teil der Trägerorganisation und des Verwaltungsrates der SwissDRG AG können sie aber auf die Weiterentwicklung der Tarifstruktur Einfluss nehmen.

Zu Frage 5:

Grundsätzlich sind gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10) alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach der Wohnsitznahme oder der Geburt eine obligatorische Krankenversicherung abzuschliessen. Auch von Touristinnen und Touristen wird erwartet, dass sie für eine ausreichende Versicherung sorgen. Dennoch kommt es immer wieder vor, dass der Versicherungsschutz fehlt, etwa bei Personen, die nur auf der Durchreise sind, bei Personen, die sich zu spät bei einer Krankenkasse versichern lassen oder bei Personen, deren Aufenthaltsstatus noch nicht abschliessend geklärt ist, beispielsweise, weil noch Dokumente von ausländischen Behör-

den benötigt werden. In solchen Fällen werden die Kosten den Patientinnen und Patienten als Selbstzahlerinnen und -zahler in Rechnung gestellt.

In Notfällen können medizinische Leistungserbringer die subsidiäre Übernahme der Behandlungskosten für Personen ohne Versicherungsschutz und/oder bei Verdacht auf Mittellosigkeit beim zuständigen Sozialhilfeorgan beantragen (vgl. § 16a Sozialhilfegesetz [LS 851.1] und §§ 19–21 Verordnung zum Sozialhilfegesetz [LS 851.11]). Gesuche für Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich sind bei den Wohngemeinden einzureichen. In der Stadt Zürich läuft seit Juni 2021 ein dreijähriges Pilotprojekt für Menschen ohne Krankenversicherung. Dieses richtet sich insbesondere an in der Stadt Zürich lebende Sans-Papiers ohne geregelten Aufenthaltsstatus (vgl. [stadt-zuerich.ch/gud/de/index/gesundheitsversorgung/medizin/nkv.html#](http://stadt-zuerich.ch/gud/de/index/gesundheitsversorgung/medizin/nkv.html#)). Für die Bearbeitung der Gesuche für Personen ohne Wohnsitz im Kanton ist das Kantonale Sozialamt zuständig. Wenn der Leistungserbringer belegen kann, dass die Patientin oder der Patient die Behandlungskosten nicht begleichen kann, übernimmt die Sozialhilfe diese Behandlungskosten. In wenigen Ausnahmefällen müssen die Spitäler selber Abschreibungen vornehmen. In wie vielen Fällen und in welcher Höhe den Spitälern Kosten pro Jahr durch nicht versicherte Patientinnen und Patienten entstehen, wird nicht separat erhoben.

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

Vor dem Regierungsrat  
Die Staatsschreiberin:  
**Kathrin Arioli**