

## **5. Indikationsqualität stationärer Leistungen**

Motion Lorenz Schmid (CVP, Männedorf) vom 19. März 2018  
KR-Nr. 76/2018, RRB-Nr. 515/6. Juni 2018 (Stellungnahme)

*Die Motion hat folgenden Wortlaut:*

Der Regierungsrat wird beauftragt, das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz so zu ändern, dass der Leistungsauftrag für kardio-chirurgische Eingriffe gemäss SPFG, nur noch an Spitälern zu erteilen ist, die die Mindestkriterien allgemein anerkannter Indikationsqualitäten erfüllen.

Begründung:

Die Indikationsqualität definiert sich aufgrund der Angemessenheit und Notwendigkeit von medizinischen Behandlungen (entsprechend dem Z der WZW-Kriterien.) Die Indikationsqualität reflektiert erstens, ob eine Intervention aus medizinischen Gründen zu erfolgen hat oder nicht, zweitens, ob aufgrund der Begleiterkrankungen und des Allgemeinzustands des Patienten das Risiko betreffend Überleben und Überlebensqualität positiv zu bewerten ist, und drittens, welche Disziplin die Behandlung durchzuführen hat.

Die Behandlungs- und die Prozessqualität sind bereits heute feste Bestandteile des Qualitätsmanagements der Zürcher Spitäler. Deren Mindeststandards werden von allen Zürcher Spitälern mehr oder minder gut erfüllt. Jedoch ist die Indikationsqualität in den heutigen Qualitätsmanagements für stationäre Leistungen unserer Spitäler nicht oder nur im Ansatz abgebildet. Dieser Umstand ist bedenklich, ist doch die Indikationsqualität ein wichtiger Faktor erstens für die Mengensteuerung und zweites für sinnvolle medizinische Leistungen, somit ein wichtiger Faktor für eine gute Output-Qualität stationärer Behandlungen.

In der Tat bestehen nur für wenige stationäre Behandlungen national sowie international klar definierte Kriterien der Indikationsqualität. Für die kardio-chirurgischen Interventionen bestehen jedoch bereits heute allgemein anerkannte internationale sowie nationale Standards. Der Regierungsrat ist beauftragt, diese als Bedingung zur Erteilung von Leistungsaufträgen aufgrund des SPFG zu definieren und durchzusetzen.

*Der Regierungsrat nimmt auf Antrag der Gesundheitsdirektion wie folgt Stellung:*

Anhand der Indikationsqualität wird die Angemessenheit und Notwendigkeit medizinischer Interventionen beurteilt. Eine Intervention ist dann angemessen, wenn der medizinische Nutzen für die Patientin oder den Patienten grösser ist als das medizinische Risiko. Notwendig ist eine Intervention, wenn sie der Patientin oder dem Patienten aus wissenschaftlichen und sozialetischen Gründen empfohlen und angeboten werden sollte. Die nachfolgenden Ausführungen zeigen auf, dass dem Thema Versorgungsqualität im Allgemeinen und auch der Indikationsqualität im Besonderen im Kanton Zürich bereits heute grosse Bedeutung zugemessen wird, wie die vielfältigen, seitens der Leistungserbringer getroffenen Massnahmen belegen, die zum Teil hoheitlich angeordnet sind, zum Teil von den Spitälern aus eigenem Antrieb ergriffen werden. Alle diese Massnahmen finden sich wieder

in der umfassenden Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich, welche die Gesundheitsdirektion in Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens erarbeitet hat (vgl. nachfolgend Ziff. 4).

#### 1. Vom Regierungsrat angeordnete Massnahmen allgemein

Bereits im Rahmen der Spitalplanung 2012 definierte der Regierungsrat für die Listenspitäler verschiedene Anforderungen bezüglich des Gesamtqualitätsmanagements (RRB Nr. 1134/2011). Alle Listenspitäler wurden verpflichtet, über schriftliche Konzepte hinsichtlich Qualitätssicherung, Patientenversorgung, Notfall, Hygiene und Grippeimpfung usw. zu verfügen. Weiter bestehen in Abhängigkeit von den jeweiligen Leistungsaufträgen Vorschriften hinsichtlich des notwendigen Fachpersonals oder zu Mindestfallzahlen. Seit 2012 gibt es für die Listenspitäler auch besondere Anforderungen im Bereich der Indikationsqualität. So müssen sie in gewissen medizinischen Fachgebieten obligatorische interdisziplinäre Indikationsboards abhalten, z. B. Tumorboards in der Onkologie und in der Viszeralchirurgie oder Indikationsboards in der Gefässchirurgie und in der Kardiologie. 2015 wurde im Fachbereich Herzchirurgie zudem das Qualitätsmonitoring der Fachgesellschaft Herzchirurgie eingeführt. Dieses diente als Vorlage für das in der Folge aufgebaute Qualitätscontrolling in der Herzchirurgie.

Zur Verbesserung der Indikationsqualität im medizinischen Alltag beschloss der Regierungsrat sodann weitere Massnahmen, die ein Listenspital umsetzen muss (RRB Nrn. 1134/2011 und 746/2017):

- *Einrichtung von Indikationsboards:* In solchen Boards werden in Anwesenheit von Fachärztinnen und Fachärzten unterschiedlicher Disziplinen die Krankengeschichten der einzelnen Patientinnen und Patienten in der Zusammenschau mit diagnostischen Resultaten besprochen. Dabei werden alle medizinisch-objektiven Fakten sowie soziale Aspekte der Patientinnen und Patienten dargelegt und erörtert. Ziel ist es, dass die Fachpersonen auf diese Weise gemeinsam die für die Patientin oder den Patienten beste Behandlung in der dafür geeigneten medizinischen Disziplin bestimmen. Die in den Indikationsboards erarbeitete Entscheidung wird anschliessend durch die fallführende Ärztin oder den fallführenden Arzt mit der Patientin oder dem Patienten besprochen und – sofern sie oder er zustimmt – deren Umsetzung in die Wege geleitet. Indikationsboards haben aber nicht nur Vor-, sondern auch Nachteile: In der Regel wird die Indikation für eine Untersuchung oder Behandlung eines Krankheitsbildes im direkten Dialog zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient festgelegt. Wird dieses Vorgehen zunehmend durch Indikationsboards ersetzt, besteht die Gefahr, dass die eigenständige und eigenverantwortliche Indikationsstellung bei der behandelnden Ärztin bzw. beim behandelnden Arzt verloren geht. Die Boards führen zudem zu einer enormen Kostenausweitung und eignen sich im Grunde nur für komplexe und interdisziplinäre Erkrankungen. Nur in diesem Fall profitiert die Patientin oder der Patient von verschiedenen fachspezifischen Aspekten und deren Abwägung gegeneinander.

- *Durchführung von sogenannten «Peer-Reviews»*: Dabei reflektieren Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsfachpersonen ihr medizinisches und pflegerisches Handeln im Austausch mit Fachkolleginnen und -kollegen. Das Verfahren ermöglicht es, Wissen auszutauschen und voneinander zu lernen. Auffälligkeiten werden in Einzelfallbetrachtungen im kollegialen Dialog auf Qualitätsaspekte geprüft.
- *Einführung eines Zwischenfallmeldesystems (Critical Incident Reporting System, CIRS)*: Mit diesem System wird gewährleistet, dass Behandlungsfehler auch tatsächlich gemeldet werden, sodass sie ausgewertet und für das Qualitätsmanagement genutzt werden können. Um dieses Ziel zu erreichen, erfolgen die Meldungen anonym.

2. Spezifische Anordnungen für Spitäler mit Leistungsauftrag Herzchirurgie  
Spezifisch für die Herzchirurgie definierte der Regierungsrat unter den weitergehenden leistungsspezifischen Anforderungen und Erläuterungen Akutsomatik (Version 2018.1, [https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behorden/spitalplanung\\_spitallisten/akutsomatik.html](https://gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behorden/spitalplanung_spitallisten/akutsomatik.html)) unter Kapitel 9 HER (Version 2015.1) die Anforderungen für alle Zürcher Listenspitäler mit Leistungsaufträgen in der Herzchirurgie (RRB Nr. 799/2014). Darin ist festgelegt, dass die entsprechenden Listenspitäler verpflichtet sind, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) beschlossene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen der Herzchirurgie umzusetzen und die Daten und Ergebnisse der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen. Das Monitoring der SGHC umfasst folgende Punkte: Erfassung aller Patientinnen und Patienten der Herzchirurgie im nationalen Register für Herzchirurgie (seit 2013 obligatorisch); Definition und Ausweis von Kenndaten, Qualitätskontrolle der Datenerfassung durch ein Monitoring von 5% der erfassten Fälle pro Jahr; Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten (z. B. Mortalität bei definierten herzchirurgischen Eingriffen, «Green & Red Flag System»).

Ergänzend zu diesen leistungsspezifischen Anforderungen bildeten die Spitäler mit Leistungsauftrag Herzchirurgie in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion freiwillige «Peer-Reviews», die unter Aufsicht der Gesundheitsdirektion regelmässig die jährlich erzielten Resultate offenlegen und diskutieren. Die durch die entsprechenden Spitäler erzielten Behandlungsergebnisse werden im Hinblick auf die Indikations- und Behandlungsqualität besprochen und mit den aktuellen nationalen und internationalen Kriterien verglichen.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung überprüft die Gesundheitsdirektion zudem periodisch, ob die Qualitätsanforderungen in den Listenspitälern eingehalten werden. 2013 wurde in sämtlichen Listenspitälern nachgeprüft, inwiefern die Anforderungen an die Personalqualifikationen und -verfügbarkeiten erfüllt werden. Dabei zeigte sich, dass die Listenspitäler die Qualitätsanforderungen nicht wie in der Motion unterstellt «mehr oder minder» einhalten, sondern dass die Qualitätsanforderungen in allen Listenspitälern gut bis sehr gut etabliert sind. Die Ergebnisse wurden auf der Website der Gesundheitsdirektion publiziert. Sie zeigen einen hohen Erfüllungsgrad von gesamthaft 94,4%

(92,5% im Bereich Akutsomatik, 93,3% im Bereich Psychiatrie und 97,7% in der Rehabilitation; <https://gd.zh.ch> → Behörden & Politik → Qualität in Listenspitälern → Qualitätscontrolling).

2016 führte die Gesundheitsdirektion in den Listenspitälern zudem ein Qualitäts-Audit zu den Zwischenfallmeldesystemen CIRS durch, das zu Interventionen bei einzelnen Spitälern wegen ungenügender Resultate führte. Bei einer Nachkontrolle wiesen alle Listenspitäler zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse auf.

### 3. Von den Spitälern freiwillig ergriffene Massnahmen

Aufseiten der Zürcher Spitäler ist das Qualitätsbewusstsein allgemein hoch. Sie verfügen über Qualitätskontrollinstrumente wie die Register AQC (Arbeitsgemeinschaft Qualität Chirurgie) oder AMIS Plus (Acute Myocardial Infarction in Switzerland). Sie durchlaufen Zertifizierungen eines allgemeinen Qualitätsmanagements (z. B. ISO, EFQM, Sanacert) und fach- oder bereichsbezogene Zertifizierungen. Sie wirken an zum Teil fach- oder bereichsbezogenen Tumorboards mit. Zudem steht den Spitälern die Mitgliedschaft bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM, [www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)) offen: Bereits acht Zürcher Listenspitäler sind der IQM beigetreten. In dieser Vereinigung engagieren sich Spitäler aus Deutschland und der Schweiz für mehr medizinische Qualität bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten. Die IQM führt Peer-Reviews in Spitälern durch, die sich selber mit eigenen Fragestellungen anmelden. Vor Ort erfolgt in einer Selbst- und Fremdbewertung die strukturierte Analyse der Behandlungsprozesse anhand ausgewählter Fälle. Mögliche Schwachstellen in den Abläufen, Strukturen und Schnittstellen werden geprüft und im kollegialen Dialog zwischen Chefärztinnen und -ärzten sowie Pflegefachpersonen des Spitals und des Peer-Teams erörtert. Die identifizierten Verbesserungspotenziale dienen danach als Diskussionsgrundlage für die Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität. Das Ziel besteht darin, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess und eine offene Lern- und Sicherheitskultur in den teilnehmenden Spitälern zu etablieren.

### 4. Qualitätsstrategie 2017–2022

Um alle diese Aktivitäten der Spitäler und Vorgaben des Kantons zu bündeln, zu koordinieren und unter einem gemeinsamen Dach zusammenzufassen, erarbeitete die Gesundheitsdirektion in einem partnerschaftlichen Projekt zusammen mit dem Verband Zürcher Krankenhäuser (VZK) und weiteren Partnern des Gesundheitswesens (Klinik Hirslanden, RehaClinic, Clenia-Gruppe, Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich, Patientenstelle Zürich sowie Einkaufsgemeinschaft HSK) die «Qualitätsstrategie der stationären Versorgung im Kanton Zürich 2017–2022». Sie hat – bei einem Zeithorizont von sechs Jahren – zum Ziel, die Versorgungsqualität in der Zürcher Spitallandschaft weiterzuentwickeln und die Qualitätskultur in der Gesundheitsversorgung zu stärken. Sie schafft dafür den Rahmen und setzt die Prioritäten für künftige Aktivitäten zur Steigerung der Versorgungsqualität. Sie wendet sich in erster Linie an Fachpersonen des Gesundheitswesens, aber

auch an andere interessierte Kreise. In der Qualitätsstrategie wird die Versorgungsqualität im Zürcher Gesundheitswesen aus folgenden Perspektiven betrachtet:

- Gesellschaftliche Perspektive: Versorgung der Bevölkerung;
- Institutionelle Perspektive: Organisatorische Umsetzung;
- Professionelle Perspektive: Expertise als Garant für Qualität gegenüber Patientinnen und Patienten;
- Patientenperspektive: Indikationsqualität, Behandlungs- und Ergebnisqualität, Selbstbestimmung, Sicherheit und Koordination.

Die Qualitätsstrategie gilt für die stationäre Versorgung, aber auch für die Schnittstellen zur vor- und nachgelagerten Versorgung, also für die ganze Behandlungskette, und sie gilt insbesondere auch für die Herzchirurgie. Sie ist einsehbar unter <https://gd.zh.ch> → Behörden & Politik → Qualität in Listenspitälern → Qualitätsstrategie.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bereits heute nur Spitäler, welche die dargelegten Anforderungen vollumfänglich erfüllen, vom Kanton einen Leistungsauftrag erhalten; das gilt auch für die Herzchirurgie. Die in der Motion erhobene Forderung entspricht dem bereits heute geltenden Standard. Der Kanton Zürich nimmt unter den Kantonen eine führende Stellung ein, was das Qualitätsmanagement und die Qualitätskontrolle in den Listenspitälern betrifft.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Motion KR-Nr. 76/2018 nicht zu überweisen.

*Lorenz Schmid (CVP, Männedorf):* Zur später Stunde kommen wir jetzt noch zu zwei Vorstössen der CVP. Ich hätte mir eigentlich die Reihenfolge anders vorgestellt, denn dieser Vorstoss ist jetzt ganz präzise auf die Gefässchirurgie gedacht. Die Indikationsqualität, die wir dann im zweiten Vorstoss als Postulat (*KR-Nr. 78/2018*) besprechen werden, ist allgemein gedacht. Aber wir beginnen gleich, und zwar beginne ich mit allgemeinen Bemerkungen.

Was ist denn Qualität im Gesundheitswesen? Outcome-Qualität ist die entscheidende Qualität, und die Outcome-Qualität ist das Produkt mathematisch der Prozessqualität; die haben wir relativ gut im Griff, Qualität der Leistungserbringer und der Indikationsqualität. Ich komme kurz zur Definition der Indikationsqualität: Die Indikationsqualität definiert sich aufgrund der Angemessenheit und Notwendigkeit von medizinischen Behandlungen. Die Indikationsqualität reflektiert erstens, ob eine Intervention aus medizinischen Gründen zu erfolgen hat oder nicht. Zweitens, ob aufgrund der Begleiterkrankungen und des Allgemeinzustandes, des Alters und so weiter des Patienten, das Risiko betreffend Überleben und Überlebensqualität positiv zu bewerten ist. Wie viele Befunde werden erfolgreich behandelt, zumindest was die Behandlung angeht? In der Todesanzeige steht dann: Er oder sie hat sich nie mehr vom operativen Eingriff erholt und ist verstorben. Das ist der zweite Faktor dieser Indikationsqualität. Der dritte ist, welche Disziplin die Behandlung durchzuführen hat. Die FMH (*Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*) sagt zur Indikationsqualität, die Diagnose und Indikation seien Schlüsseldimensionen der Qualität, jedoch auch der Kosten. Die

teuerste und qualitativ fragwürdigste Operation ist diejenige, die medizinisch nicht indiziert ist, die es nicht braucht.

Ich komme nun zur Würdigung der regierungsrätlichen Antwort auf die Motion. Ich versuche es ganz sachte zu formulieren, ansonsten ich dann auch mit dicker Post zu rechnen habe. Auf mehreren Seiten wird über Behandlungs- und Prozessqualität ausgeführt, dass die im Kanton Zürich wirklich gut ist. Das mag ich gar nicht bestreiten. Über viele Seiten wird das ausgeführt: Ausführungen über die Einführung eines Zwischenfallmeldesystem, sogenannte «Critical Incident Reporting System», das ist sicher wichtig. Dann wird auf zwei Seiten weiter über die sogenannte Initiative Qualitätsmedizin (IQM) berichtet. Diese Initiative beruht eben auch auf «Peer-Reviews». Sie sind teilweise freiwillig. Ich habe mit Personen aus diesem IQM gesprochen, und sie sagen selber, dass sie vorwiegend die Prozessqualität und die Qualität der Leistungserbringer überprüfen, aber leider nicht die Indikationsqualität. Bezüglich Indikationsqualität wird erwähnt in der Antwort, es gäbe die Indikationsboards für die Tumore und die Onkologie. In der Tat ist es so, dass die relativ gut funktionieren. Die sind wirklich gut, und die mag ich auch loben. Das können auch die betreffenden Operateure und Fachpersonen bestätigen.

Jetzt komme ich zur Beurteilung der Indikationsqualität für Gefässchirurgie – ich weiss, es ist ein bisschen eine harte Kost für abends um halb fünf – die Beurteilung der Indikationsboards für die Gefässchirurgie, da muss ich der Regierung widersprechen: Die ist mangelhaft. Wir hatten alle die Möglichkeit – zumindest die Personen aus der Kommission – anlässlich einer Ratspause im Oktober Herrn Professor Dr. med. Thomas Rosemann, dem Leiter des Hausärztlichen Instituts am Universitätsspital Zürich, zu lauschen. Ich habe die Präsentation vor mir betreffend Gefässchirurgie. Auf Seite 6 seiner Präsentation «Wachstumsmarkt Herzkatheter» zeigt er, dass in der Realität bei mehr als der Hälfte der Kathetersetzungen kein Krankheitsbefund zu Grunde liegt. Diese Patienten hätten durch einen Velocergometer oder eine Cardio-CT (*Computertomographie*) vorher aussortiert werden können, also gar nicht hätten operiert werden müssen. Ich gehe weiter: Je privater die Klinik, desto eher der teure Katheter, statt die billige Ergometrie. Eine wunderschöne Darstellung mit allen Spitälern, also, mit allen grossen Spitälern in der Schweiz. Das beginnt mit den Universitätsspitalern. Da gibt es noch eine gewisse Berechtigung, aber es geht dann weiter. Je privater desto eher wird man operiert. Das Operationsrisiko steigt, wenn man privat versichert ist. Es geht weiter: 40 Prozent aller elektiven Patienten erhalten direkt einen Katheter. Helsana (*Schweizer Krankenversicherung*) bezeugt, dass von 2714 Helsana-Versicherten, die einen Herzkatheter hatten, 37 Prozent vorher keine ungefährliche, nicht invasive Testings, sogenannte «non invasive testings» erhalten haben, also, ist nicht einmal die Indikation korrekt gestellt. Es geht weiter: Und selbst wenn ein Stent gesetzt wird, wird man nicht länger leben. Das hat die OECD (*Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*) veröffentlicht, Daten 2009. Da ist schön ausgeführt, wie in verschiedenen Ländern verschieden operiert wird, und die Outcome-Qualität ist überall gleich. Ob man viel oder wenig Stents setzt und

sogenannte Revaskularisierungen vornimmt, die Todesrate ist dieselbe über alle Nationen. Ich muss einfach konstatierend feststellen, dass diese Indikationsqualität in der Gefässchirurgie eben nicht gut ist.

Die Gefässchirurgie ist eine Domäne, in der wir die internationalen Standards sehr gut kennen, deshalb: Was will unser Vorstoss? Er will gesetzlich verankerte Mindestkriterien. Und wir sind jetzt anlässlich der Revision des Spitalfinanzierungsplanung am Thema daran, und dieser Vorstoss soll diesbezüglich gleich hineinfliesen. Hierzu verlangen wir nicht, dass der Regierungsrat selber dieser Mindestkriterien verfasst, sondern diese Kriterien sind international gegeben und sie müssten zusätzlich über Fachgesellschaften formuliert und überwacht werden. Also, ich fordere die Gesundheitsdirektion nicht auf, dies zu tun, sondern dies den Fachgesellschaften zu übergeben.

Handlungsbedarf ist gegeben, ob das die Regierung so sieht oder nicht. Die Zahlen beweisen, dass wir einfach viel zu häufig Stents-Operationen haben, und dass der Bericht von Professor Rosemann, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz eine gute Prozessqualität hat, aber schlechte Indikationsqualität, dass diese Analyse auf die Herzchirurgie zutrifft. Für die Herzchirurgie fordere ich ganz selektiv eben diese Umsetzung über die Motion.

Ich komme dann im zweiten Vorstoss zurück auf die Gebiete, in denen keine internationalen Standards bestehen. Dort gibt es andere Instrumente, über die ich dann sprechen werde, nämlich über die «Peer-Audits». Also, ich bitte Sie, diesen Vorstoss zu unterstützen. Ich weiss, dass ich keine Mehrheit erhalte. Ich hoffe, dass ich dann im nächsten Vorstoss eine Mehrheit in diesem Rat bekomme.

*Lorenz Habicher (SVP, Zürich):* Auf den ersten Blick scheint die Antwort des Regierungsrats auf die Forderung der Motionäre einleuchtend und für die Spitäler des Kantons Zürich sehr zufriedenstellend. Bei genauerer Betrachtung gemäss Erläuterungen von Professor Dr. med. Thomas Rosemann vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich – Lorenz Schmid hat das schon angedeutet – stellen diverse Studien die gängige Praxis in Frage.

In der heutigen Gesundheitsversorgung werden viel mehr Eingriffe als nötig vorgenommen. Anhand verschiedener Studien wird aufgezeigt, dass häufig eine konservative Behandlung längerfristig ein vergleichbares oder gleichwertiges Ergebnis erzielt und zu bevorzugen wäre. Uns allen ist bewusst, dass unnötige Eingriffe die Gesundheitskosten in mehrfacher Sicht ausufern lassen. Erstens, weil jeder Eingriff nach genauem Tarif abgerechnet werden kann, zweitens, weil jeder Eingriff ein potenzielles Risiko für Komplikationen wie unerwünschte Reaktionen oder Infektionen birgt, drittens, weil die Betten in den Akutkliniken unnötig belegt sind, damit verbunden ist ein höherer Personalbedarf an Ärzten und Pflegepersonal.

Nicht zuletzt spielt aber der Patient eine entscheidende Rolle. Im besten Fall werden vom Arzt verschiedene Behandlungsmethoden aufgezeigt und empfohlen, in weniger gutem Fall wird er zugeteilt. Wir fordern deshalb den Regierungsrat auf, die Indikationsqualität einer Abteilung als klare Anforderung für einen Leistungsauftrag zu berücksichtigen. Die Leistungsaufträge sind den neusten Erkenntnissen

laufend anzupassen. Wir sind jedoch zuversichtlich, dass das in der neuen Gesundheitsdirektion unter der neuen Führung (*Regierungsrätin Natalie Rickli*) auch geschehen wird.

Noch vor kurzer Zeit, in der Ära Heiniger (*Altregierungsrat Thomas Heiniger*), hätte die SVP der Überweisung dieser Motion zugestimmt. Zum Glück für den Kanton Zürich oder weil die Gesundheitsdirektion unter neuer Führung steht, erhält diese Motion keine Unterstützung mehr.

*Brigitte Rööfli (SP, Illnau-Effretikon):* Die Medizin hat sich in den letzten Jahren massiv verändert. Vieles hat sich verbessert, und es können Eingriffe getätigt werden, welche bis vor Kurzem unvorstellbar waren. Manchmal scheint es, dass alles machbar ist und die Spitäler mit ihrem Ersatzteillager alle Leiden behandeln können und müssen. Die Folgen sind, dass wir uns alle auch so verhalten und immer weniger auf unsere Gesundheit achten und nachher den vollen Service über uns ergehen lassen. Für die Volkswirtschaft bleibt dieses Verhalten nicht ohne Folgen. Die Menschen werden immer älter und die Kosten für die Gesundheitsversorgung steigen rasant. Doch wer entscheidet über all die Eingriffe? Wie sinnvoll sind diese? Habe ich das Recht auf jede Behandlung? Wer verdient das viele Geld? Die Motion von Lorenz Schmid, die Leistungsaufträge an Spitäler mittels Mindestkriterien bezüglich der Indikationsqualität zu erteilen, macht grundsätzlich Sinn. Es braucht Diskussionen und Grundlagen, wann und unter welchen Umständen welche Behandlung getätigt werden. Es macht auch Sinn, dass die Leistungserbringer diesbezüglich überprüft werden, denn damit würde eher erreicht, dass nur dort, wo es Sinn macht, noch kardio-chirurgische Eingriffe getätigt werden würden. Es macht Sinn, zuerst die Audits, welche im Postulat KR-Nr. 78/2018 gefordert werden, durchzuführen, bevor wir im Blindflug und ohne wissenschaftliche Grundlagen den Spitälern weitere Auflagen erteilen. Deshalb lehnt die SP-Fraktion diese Motion ab.

*Astrid Furrer (FDP, Wädenswil):* Die Indikationsqualität ist unbestreitbar etwas sehr, sehr Wichtiges. Wenn die stimmt, dann können wir nicht nur Kosten sparen, sondern auch die Patienten werden besser versorgt, nicht zu wenig und nicht zu viel. Es ist im Interesse wirklich aller, dass wir hier gute Leistungen erbringen. Wir sind klar der Meinung, dass hier die Fachgesellschaften am Drücker sein sollten und sie sich viel mehr einbringen sollten, was die Qualität angeht, sei es Indikationsqualität oder Behandlungsqualität. Wir erhoffen uns von der neuen Spitalplanung, dass solche Faktoren, nämlich Qualitätsfaktoren, auch in den Entscheid einfließen, wer den Zuschlag bekommt für Leistungen, dass die Direktion hier darauf achtet, welche Spitäler mit welchen Fachinputs der Gesellschaften welche Leistungen erbringen. Wir sind nicht der Meinung, dass wir jetzt hier diese Motion überweisen sollten, denn sie greift zu kurz, gerade in nur eine Fachgesellschaft. Man sollte das System wirklich als Ganzes anschauen. Nachfolgend kommt ja noch ein Postulat, das auch mit Indikationsqualität zu tun hat. Deshalb sind wir gegen die Überweisung.



*Daniel Häuptli (GLP, Zürich):* Es scheint im Bereich Indikationsqualität Verbesserungspotenzial vorhanden zu sein, vor allem bei gewissen kardio-chirurgischen Interventionen, Verbesserungen im Interesse der Gesundheit der Patienten, um unnötige Operationen zu vermeiden und unnötige Kosten zu reduzieren. Hierzu waren die Ausführungen von Professor Dr. med. Thomas Rosemann eindrücklich. Eine Präsentation, die unten im Sitzungszimmer organisiert wurde. Mein Dank an dieser Stelle.

Gegen diese Motion spricht aber, dass die geforderte Konsequenz unverhältnismässig und nicht praktikabel ist, Leistungsaufträge nur zu erteilen, wenn die Indikationsqualität stimmt. Was passiert, wenn sie nicht stimmt? Entlässt man dann die ganze Herzchirurgie, weil das Spital den Leistungsauftrag nicht hat? Strafzahlungen wären allenfalls noch eine valable Sanktion. Daher, um es vorwegzunehmen, die Forderungen im nachfolgenden zu behandelnden Postulat sind weitaus praktikabler als die in dieser Motion.

Und es gibt auch andere Alternativen als diese Motion vorschlägt. Man kann die Spitäler strikter führen. Braucht es so viele herz-chirurgische Abteilungen in den Spitälern, wie es sie heute gibt? Eine andere Alternative sind die Massnahmen im Expertenbericht des Bundes wie zum Beispiel ein Verbot von mengenabhängigen Löhnen in Spitälern. Der Vorstoss ist ja traktandiert. Oder die Gesundheitskompetenz der Patienten ist zu fördern und auch die Zweitmeinung ist zu fördern. Es sind ja mitunter auch Patienten, die Forderungen haben, die nicht den medizinischen Leitlinien entsprechen. In Deutschland ist die Zweitmeinung eine Massnahme zur Verbesserung der Indikationsqualität, und Patienten haben Anspruch auf eine vergütete Zweimeinung, wenn die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschliessen ist.

Aus diesem Grund werden wir die Motion nicht unterstützen.

*Jeannette Büsser (Grüne, Zürich):* Sich am Herzen operieren zu lassen – kein gemüthlicher Gedanke. Da könnte es einem richtig eng ums Herz werden. Braucht es das? Was bringt es mir? Wer soll es machen? Wenn wir diese Fragen beantworten, machen wir eigentlich das, was die Chirurginnen Prüfung der Indikationsqualität nennen und Lorenz Schmid uns eindrücklich erklärt hat. Und unser Wille darf dabei keinesfalls aussen vorgelassen werden.

Der Motionär möchte nun, dass der Fokus darauf gelegt wird, Mindestkriterien zu definieren und durchzusetzen. Und ja, wenn man versucht, die Statistiken von Eingriffen am Herzen der letzten Jahre zu interpretieren, fragt sich, was liegt uns da immer öfter und immer schwerer auf dem Herzen? Ist es, weil die Fragen zur Indikation ökonomisiert wurden? Zum Beispiel: Braucht es das? Ja, für den Profit. Was bringt es mir? Sicherheit. Lieber ein teurer Stent als ein persönliches Gespräch, und das sage nicht ich, sondern der Kardiologe Dr. med. Werner Estlinbaum aus Basel. Und wer soll es machen? Natürlich wir, insbesondere wenn man zusatzversichert ist. Und das ist ganz bestimmt nicht so, weil die Chirurginnen herzlos wären, nein, eher weil das System eben kein Herz hat und insbesondere auch keinen Kopf.

Uns Grünen ist die Sicherung der Qualität wichtig, das heisst, es geht um wissenschaftliche und ethische Argumente bei der Indikationsqualität, und nicht um wirtschaftliche Anreize. Der drohende Systeminfarkt ist mit einer solchen Massnahme kaum abzuwenden. Trotzdem, nochmals zu den drei Fragen: Wir brauchen jede kleine Verbesserung. Es bringt uns bessere Ergebnisse. Das sagen uns internationale Vergleiche. Wir können es tun. Darum scheint es indiziert, die Motion zu überweisen. Danke.

*Kaspar Bütikofer (AL, Zürich):* Ich spreche gleich zu beiden Vorstössen von Lorenz Schmid, sowohl zur Motion wie auch zum Postulat. Die Alternative Liste, AL, wird beide Vorstösse überweisen. Die Motion behandelt quasi den Spezialfall, das Postulat geht aufs Allgemeine. Ich beginne beim Allgemeinen:

Das schweizerische Gesundheitssystem hat diverse Ineffizienzen. Es gibt Schätzungen, die sagen, dass das etwa 20 Prozent ausmache; es ist das Bundesamt für Gesundheit, das diese Zahl publiziert. Es gibt eine ältere, Obsan-Studie (*Schweizerisches Gesundheitsobservatorium*), die ging sogar davon aus, dass wir etwa 30 Prozent Ineffizienzen haben, und diese Ineffizienzen sind zum grössten Teil Überversorgungen. Das heisst, es wird zu viel behandelt; es werden Behandlungen vorgenommen, die nicht nötig sind. Nun kann man darüber streiten, ob es 20 oder 30 Prozent sind. Das ist, glaube ich, nicht so wichtig. Entscheidend ist, dass wir sehen, dass wir solche Überversorgungen haben. Auch Altregierungsrat Thomas Heiniger hat zwei Monate, bevor er sein Amt verlassen hat, festgestellt, dass es im Kanton Zürich Überversorgung gibt.

Nun, die Gründe, weshalb es Überversorgungen gibt, kann einerseits bei den Überkapazitäten festgemacht werden; da haben wir einen ökonomischen Grund. Andererseits haben wir eine mangelnde Indikationsqualität; das wäre der medizinische Grund. Man wäre natürlich ein Schelm, wenn man glauben würde, dass es zwischen beiden Gründen einen Zusammenhang gäbe.

Nun, ich komme zum Spezialfall, zu den kardio-chirurgischen Eingriffen: Lorenz Schmid hat es schon anhand des Vortrages von Prof. Dr. med. Thomas Rosemann gesagt, dass man feststellen kann, dass etwa die Hälfte der gesetzten Katheter überflüssig sind, dass es keinen besonderen Befund gibt, weshalb diese gesetzt werden mussten. Als zweites kann gesagt werden, je privater die Klinik, umso grösser die Fehlversorgung.

Vergleicht man die Schweiz mit dem Ausland, dann sieht man, dass in der Schweiz mehr Katheter gesetzt werden als im Ausland. Und auch hier sehen wir, dass Privatpatienten in der Schweiz stärker behandelt werden als allgemein versicherte Patienten. Aber grundsätzlich kann gesagt werden, die Patientin oder der Patient wird deshalb nicht gesünder, wenn er einen Katheter gesetzt kriegt, den er gar nicht nötig gehabt hätte. Wir haben es also hier mit einem klassischen Fall von Überversorgung zu tun, vielleicht sogar von einer Fehlversorgung, wenn wir bedenken, dass jeder operative Eingriff auch mit Risiken behaftet ist.

Die Stellungnahme der Gesundheitsdirektion dünkt mich ein bisschen am Thema vorbei. Sie spricht stark von Qualität und weniger vom Problem der mangelnden

Indikationsqualität. Es braucht deshalb Mindestanforderungen an die Indikationsqualität, und die müssen im Leistungsauftrag verankert werden, sei es im Spezialfall der kardio-chirurgischen Eingriffe oder im allgemeinen Fall, wo man diese Indikationsqualität über «Peer Audits» messen könnte.

Fazit: Wir haben Überversorgung und sollten alles daransetzen, diese Überversorgung zu vermeiden. Wir werden so nicht nur bessere Kosten haben, sondern auch eine bessere Behandlungsqualität. Besten Dank.

*Josef Widler (CVP, Zürich):* Die Ärzteschaft unterstützt das Bestreben, die Indikationsqualität zu verbessern. Deshalb werden wir dieser Motion auch zustimmen, obwohl sie natürlich nur ein ganz kleines Gebiet exemplarisch abdeckt.

Warum ich das Wort noch ergreife, ist nicht etwa, weil ich das schlecht finde, sondern, weil ich einfach sagen muss, es gibt tatsächlich Ärzte, die überbehandeln. Aber ich muss Ihnen sagen, ein ebenso grosses Problem in der Praxis ist heute der Glaube des Patienten an das Machbare. Man muss etwas tun, sei es einen Katheter legen, sei es eine Totalprothese einsetzen, die nicht nötig wäre. Insofern hilft natürlich die Indikationsqualität, denn, wenn die jetzt besser dokumentiert ist, können sich auch die Ärzte gegen solche Überversorgungs-Wünschen wehren, denn die Forderung nach einer Versorgung ist immer sehr hoch. Also, ich muss Patienten vermehrt Antibiotika ausreden, ich muss vermehrt von einer Prothese abraten, als dass ich sie verordnen muss.

Es ist richtig, dass die Indikationsqualität gefordert und gefördert wird, aber zu glauben, dass man damit die Ärzte diszipliniert, ist ein falscher Ansatz.

*Regierungsrätin Natalie Ricklin:* Bereits mit der Spitalplanung und der Spitallisten 2012 machte der Regierungsrat den Listenspitälern erste Vorgaben zur Sicherstellung der Indikationsqualität. Diese Vorgaben werden seither laufend aktualisiert und wo sinnvoll ausgebaut. Der Regierungsrat hat darüber eine breite Übersicht in seiner Stellungnahme zur Motion abgegeben.

Die Motion verlangt im SPFG (*Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz*) Mindestkriterien, allgemein anerkannte Indikationsqualitäten für kardio-chirurgische Eingriffe. Spezifisch für die Herzchirurgie hatte der Regierungsrat bereits im Jahr 2014 besondere leistungsspezifische Anforderungen definiert. So sind Listenspitäler mit Leistungsaufträgen im Bereich Herzchirurgie verpflichtet, dass von der Schweizerischen Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefässchirurgie (SGHC) beschlossene Monitoring zur Qualitätssicherung in allen Leistungsgruppen dieser Disziplin umzusetzen und die Daten und die Ergebnisse der Gesundheitsdirektion zur Verfügung zu stellen. Das Monitoring umfasst die Erfassung aller Patientinnen und Patienten im nationalen Register für Herzchirurgie, die Definition und der Nachweis von Kenndaten, eine Qualitätskontrolle der Datenerfassung über mindestens 5 Prozent aller erfassten Fälle pro Jahr und ein Warnsystem bei Überschreiten von definierten Grenzwerten zum Beispiel Mortalitätsraten. Die Ergebnisse des Monitorings werden regelmässig mit der Gesundheitsdirektion besprochen.

Zudem bildeten die Spitäler mit Leistungsauftrag Herzchirurgie in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsdirektion freiwillige «Peer-Reviews», wo die jährlich erzielten Resultate offengelegt und diskutiert werden. Dort wird auch die Indikationsqualität besprochen und mit aktuellen, nationalen und internationalen Kriterien verglichen. Die Gesundheitsdirektion publiziert übrigens die Ergebnisse der Überprüfung von Qualitätsanforderungen der Listenspitäler auf ihrer Website [www.gd.zh.ch](http://www.gd.zh.ch). Das Qualitätsbewusstsein bei den Spitalern ist bereits heute hoch, nicht nur bei denjenigen, die über einen Leistungsauftrag für kardio-chirurgische Eingriffe verfügen. Es braucht keine zusätzliche neue Regelung. Vielmehr werden den Spitalern in den Leistungsaufträgen, für die sie sich in Bälde neu bewerben müssen, Qualitätsvorgaben in mancherlei Hinsicht gemacht. Ich bitte Sie darum im Namen des Regierungsrates, die Motion abzulehnen.

**Der Kantonsrat beschliesst mit 116 : 41 (bei 0 Enthaltungen), die Motion KR-Nr. 76/2018 abzulehnen.**

Das Geschäft ist erledigt.