

Sitzung vom 13. Juni 2018

**554. Motion (Mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen als Ausschlusskriterien für Leistungsauftrag im SPFG)**

Die Kantonsräte Lorenz Schmid, Männedorf, Daniel Häuptli, Zürich, und Andreas Daurù, Winterthur, haben am 26. März 2018 folgende Motion eingereicht:

Der Regierungsrat wird beauftragt, im Spital Planungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) die Anforderungen an leistungserbringende Spitäler so zu ergänzen, dass mengenabhängige Honorar- und Bonusvereinbarungen nicht oder nur noch stark beschränkt möglich sind.

*Begründung:*

Viele Spitäler suchen ihr Heil im Mengenwachstum – jährlich mehr Operationen, jährlich mehr stationäre Leistungen, jährlich mehr Umsatz, jährlich mehr Einnahmen an Staatsbeiträgen und Krankenkassenzahlungen. Um die Wachstumsrate hoch zu halten, setzen die Spitäler ihren Ärzte jährlichen Mengenzielvorgaben, und knüpfen diese an lohnwirksame Honorar- und Bonusvereinbarungen. Die Indizien vermehren sich, auch aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen, dass die Zahl der Eingriffe steigt, wenn das Einkommen der Ärzte an solche Entschädigungssysteme gekoppelt ist. Bei diesem finanziell «getriebenen» Wachstum handelt es sich um medizinisch nicht gerechtfertigter Mengenausweitung.

Mehr noch, dieses Mengenwachstum gekoppelt an Honorar- und Bonusvereinbarungen setzen Spitalärzte unter massiven Druck, allgemein anerkannte Kriterien der Indikationsqualität zu verletzen, um möglichst viele Operationen zu tätigen. Eine schlechte Outputqualität mit steigenden Kosten ist die Folge.

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Zur Motion Lorenz Schmid, Männedorf, Daniel Häuptli, Zürich, und Andreas Daurù, Winterthur, wird wie folgt Stellung genommen:

Das Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz (SPFG, LS 813.20) lässt den Listenspitälern einen grossen, erforderlichen operativen Handlungsspielraum und macht ihnen beispielsweise keine Vorschriften zur Rechtsform und zu den Lohnsystemen. Die Mehrzahl der vom Kanton Zürich auf seinen Spitallisten geführten Institutionen wird als Chefarztspital

betrieben. Bei solchen Spitälern sind die Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich Angestellte des Spitals mit einem festen Grundlohn. Dieser wird bei Kaderärztinnen und Kaderärzten je nach Lohnmodell teilweise mit Honorarbeteiligungen, teilweise mit Zulagen nach persönlichen Leistungszielen oder Spitalleistungszielen erhöht. Bei den als Belegarztspital organisierten Spitälern demgegenüber werden die meisten der dort tätigen Fachärztinnen und Fachärzte nicht fest entlohnt; sie sind vielmehr freiberuflich mit eigener Arztpraxis ausserhalb des Spitals tätig und verfügen über verschiedene Einkommensquellen. Die Einnahmen des Spitals sind auf die Patientin oder den Patienten bezogen, wobei auch der Schweregrad bzw. die Intensität der Behandlung berücksichtigt wird.

Die Freigabe der Lohnmodelle durch das SPFG per 1. Januar 2012 entspricht der mit der neuen Spitalplanung und -finanzierung gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) eingeführten bundesrechtlichen Vorgabe zu mehr organisatorischer Freiheit. Diese Freiheit soll nicht durch staatliche Vorgaben zu Lohnmodellen wie Verbote oder Beschränkungen von Bonusvereinbarungen oder Honorarbeteiligungen wieder eingeschränkt werden.

Ob ein medizinischer Eingriff in einem Spital gerechtfertigt ist, haben die an Listenspitälern tätigen Ärztinnen und Ärzte aufgrund wissenschaftlicher Kriterien (medizinische Indikation) und nicht nach ökonomischen Interessen zu beurteilen. Eine Intervention ist dann angezeigt, wenn der medizinische Nutzen für die Patientin oder den Patienten grösser ist als das medizinische Risiko. Ob ein Eingriff durchgeführt wird, darüber entscheidet aber letztlich die Patientin oder der Patient.

Unter anderem um zu verhindern, dass unnötige Eingriffe durchgeführt werden, erarbeitete die Gesundheitsdirektion gemeinsam mit dem Verband Zürcher Krankenhäuser und weiteren Partnern des Gesundheitswesens wie der Klinik Hirslanden, der RehaClinic, der Clenia-Gruppe, der Chefärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich, der Patientenstelle Zürich und der 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 Verbesserung der Versorgungsqualität. Unter dem Dach dieser Strategie zusammengefasst finden sich neben den vom Regierungsrat über die Spitalisten angeordneten Qualitätssicherungsmechanismen auch zahlreiche Einzelmassnahmen der Listenspitäler zur Verbesserung der Versorgungs- und Indikationsqualität (vgl. RRB Nr. 515/2018). Aufseiten der Zürcher Spitäler ist das Qualitätsbewusstsein allgemein und auch im interkanto-

nenal Vergleich sehr gut. Ziel einer KVG-gerechten Patientenbehandlung und -betreuung ist nicht die staatliche Einschränkung leistungsorientierter Entlohnung erfolgreicher Ärztinnen und Ärzte, sondern ihre Einbindung in eine qualitätsorientierte Spitalstrategie.

Damit die Patientinnen und Patienten besser von ihrem Recht Gebrauch machen können, über geplante Eingriffe zu entscheiden, leitete die Gesundheitsdirektion ferner das Projekt «Gesundheitskompetentes Zürich» ein. Derzeit läuft die Konzeptionsphase. Ziel ist es, mit einem auf mehrere Jahre angelegten Programm die Gesundheitskompetenz im Kanton Zürich sowohl auf individueller als auch institutioneller Ebene zu schärfen. Dazu sollen konkrete einzelne, aufeinander abgestimmte Teilprojekte des Programms durchgeführt werden. Denn gesundheitskompetente Personen sind in der Lage, gesundheitsbezogene Informationen zu nutzen und Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken.

Der Kanton Zürich hat heute trotz seiner vielen hochstehenden Spitalangebote mit grossem Anteil an ausserkantonalen Patientinnen und Patienten ein unter dem Schweizer Durchschnitt liegendes Fall- bzw. Patientenwachstum in der stationären Versorgung. Die Austrittszahl ist zwischen 2012 und 2016 im Durchschnitt zwar jährlich um 2,2% gestiegen, muss aber durch das Bevölkerungswachstum von jährlich 1,33% und die fortschreitende Alterung der Bevölkerung relativiert werden. 2017 ging die stationäre Fallzahl erstmals zurück, von 242 560 auf 241 310 Austritte. Anhaltspunkte für eine systematisch an finanziellen Fehlanreizen orientierte Mengenausweitung der stationären Fälle, die durch eine Lohnmodellbeschränkung reduziert werden könnte, bestehen nicht. Die Gesundheitsdirektion verfolgt in regelmässigen Intervallen Veränderungen der Fallzahlen an den Listenspitälern insbesondere über das von ihr entwickelte Leistungscontrolling; sie wird dem Regierungsrat geeignete Massnahmen vorschlagen, sollte sich eine ungerechtfertigte Mengenausweitung abzeichnen.

Aus diesen Gründen beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Motion KR-Nr. 87/2018 nicht zu überweisen.

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

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