

Postulate KR-Nrn. 217/1993 betreffend zukünftige Entwicklung der stationären Medizin im Kanton Zürich, 216/1993 betreffend Umsetzung der Krankenhausplanung 1991 und 126/1993 betreffend Projekt zur Eindämmung der Spitalkosten (Ergänzungsberichte)

(vom 23. April 1997)

Auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens
beschliesst der Regierungsrat:

I. Schreiben an den Kantonsrat:

A. Am 5. Juli 1993 haben Sie uns folgendes von Kantonsrat Dr. Josef Gunsch, Russikon, eingereichte Postulat zur Überprüfung überwiesen:

Der Regierungsrat wird gebeten,

1. über die vermutete zukünftige Entwicklung der stationären Medizin im Kanton Zürich zu berichten,
2. darzulegen, wie und bis wann er die überflüssigen Betten abbauen will,
3. aufzuzeigen, welche Konsequenzen er aus Punkt 1 und 2 für die laufenden Spitalplanungen, Neu- und Umbauten ziehen will.

Wir bitten um detaillierte Angaben zu den einzelnen Spitälern, zu Kurzzeit-, Rehabilitations- und Langzeitpatientinnen und -patienten sowie zu den wichtigsten medizinischen Spezialitäten.

Begründung:

Die medizinische Entwicklung verläuft in jeder Hinsicht rasch. Das verlangt rasche Anpassungen, nicht zuletzt, um Kosten zu sparen. Im Vordergrund stehen im Moment die Möglichkeiten der ambulanten Abklärungen und Eingriffe, neue Rehabilitationsmöglichkeiten, so in Alterspflege (Geriatric) und Psychiatrie, die Integration psychisch Kranker in die somatischen Kliniken auch bei Betagten, die Wünsche einer grossen Zahl Erkrankter nach Behandlung mit komplementären Methoden usw.

Vermutlich haben wir genügend Spitalbauten, vermutlich geht es nun darum, den bestehenden Raum sinnvoll und beweglich zu nutzen.

B. Am 5. Juli 1993 haben Sie uns folgendes von den Kantonsräten Willy Haderer, Unteringstringen, und Ernst Stocker, Wädenswil, eingereichte Postulat zur Überprüfung überwiesen:

Der Regierungsrat wird ersucht, dem Kantonsrat konkrete Anträge zu unterbreiten bezüglich Einhaltung der (in der Krankenhausplanung 1991 dargelegten) Planungsziele gemäss Pt. 5, Seite 116.

Die Vorlage hat insbesondere zu beinhalten:

1. Die Reduzierung der Akutspitalbetten (in Befolgung des Planungszieles 5.2.1)
2. Den Vollzug der Aufgabenteilung (gemäss Planungsziel 5.2.2).
3. Es ist zu prüfen, in welchen Spitälern auf unnötige Spezialisierungen in Berücksichtigung von Kosteneffizienz und medizinisch verantwortbarer Distanz zu Nachbarspitälern verzichtet werden kann.

Begründung:

Die Sozialkosten im Bereich Krankenpflege und Gesundheitswesen haben in den letzten Jahren eine Dimension erreicht, die unverantwortbar ist. Zunehmend werden grössere Gruppen unserer Gesellschaft in eine Situation gedrängt, welche diesen das Tragen der Versicherungs- und Krankenkassenkosten erschwert. Dazu kommt, dass die Öffentlichkeit durch Staats- und Gemeindebeiträge im Bereich Gesundheitswesen einen ständig steigenden Kostenanteil des Steueraufkommens bindet.

Die Spital-Investitions- und -Betriebskosten bilden dabei einen erheblichen Anteil. Mit einer vernünftigen Reduzierung dieser Kosten und einer gezielten Förderung der Spitex-Leistungen, welche wesentlich geringere Kosten verursachen, lässt sich eine dringend erwünschte Entspannung der Finanzsituation erreichen.

C. Am 14. Februar 1994 haben Sie uns folgendes von den Kantonsräten Dr. Bernhard A. Gubler, Pfäffikon, und Karl Weiss, Schlieren, eingereichte Postulat zur Überprüfung überwiesen:

Um ein kostengünstiges, effizientes und leistungsorientiertes Spitalwesen zu gewährleisten, wird der Regierungsrat ersucht, Voraussetzungen zu schaffen, so dass:

1. die öffentlichen und beitragsberechtigten Spitäler die Kosten für typische Behandlungsfälle effizient erfassen können;
2. die jetzige Defizitabdeckung der öffentlichen Hand abgelöst werden kann, in einem ersten Schritt durch leistungsorientierte (analog jetzigem Halbprivattarif), in einem zweiten Schritt durch fallorientierte Beiträge (Normkosten abdeckend – wobei die durch die Spitäler erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen, wie Notfallaufnahmen, separat zu entschädigen sind);
3. die Spitalträger ihren Auftrag selbständiger erfüllen können (als «Profit-Center», dem beispielsweise Selbstfinanzierung, Abschreibungen, Amortisationen usw. ermöglicht werden, falls die öffentliche Hand lediglich Beiträge leistet).

Begründung:

Seit Jahren wird eine überproportionale Steigerung der Spitalkosten kritisiert. Eine Analyse dieser Kostenentwicklung zeigt, dass einerseits der Behandlungserfolg in Spitälern qualitativ wesentlich verbessert sowie die Aufenthaltsdauer verkürzt werden konnte, aber andererseits durch das heutige System bedingt kaum Anreize für kostengünstiges Verhalten bestehen.

Die Krankenhäuser führen keine patientenorientierte Kostenrechnung. Zwar wurde eine Kostenrechnung eingeführt, die aber nur die Kostenstellen und nicht die eigentlichen Kostenträger (Patienten bzw. Behandlungsfälle) erfasst. Die öffentliche Hand (Kanton und Gemeinden) soll gemäss den neuesten Erlassen die Hälfte der Kosten für die Allgemeinpatienten abdecken. Im Kanton Zürich deckt sie aber immer noch die gesamte Unterdeckung («Defizit») ab.

In einem ersten Schritt soll auch für Patienten der allgemeinen Klasse ein leistungsorientiertes Verrechnungssystem (anstelle der Tagespauschalen) eingeführt werden, analog demjenigen für Halbprivatpatienten, welches zwischen Hotellerie-, Pflege- und Behandlungskosten unterscheidet. Damit wird eine unnötig lange Behandlungsdauer für das Spital finanziell unattraktiv und die gesamten Spitalkosten nehmen demzufolge ab.

In einem zweiten Schritt sind die typischen «Standardfälle» vorerst zu bezeichnen, in ihrem Ablauf zu analysieren und deren normaler Diagnose- und Behandlungsweg zu beschreiben. In einer nächsten Phase werden die durchschnittlichen Kosten (Arbeits-, Raum-, Energie-, Verwaltungskosten, Abschreibungen, Verbrauchsmaterial usw.) für jeden Diagnose- und Behandlungsschritt ermittelt. Aufgrund dieser empirischen Untersuchungen können Standardkosten (= Sollkosten) festgelegt werden.

Dies erlaubt den Spitälern einerseits, stets die Ist- mit den Sollkosten zu vergleichen und in der Folge Kosten unmittelbar einzusparen. Andererseits bieten die Standardkosten die Basis zur Festlegung der Fallpauschalen, welche den Spitälern anstelle der bisherigen Pflegeentschädigung entrichtet werden können. Damit werden zu aufwendige Behandlungen für das Spital unattraktiv und zwingen zu unmittelbaren Massnahmen, um das finanzielle Gleichgewicht der Spitäler zu erhalten.

Den Spitalträgern wird mit diesem System mehr Verantwortung aufgebürdet – sie müssen im Gegenzug auch mit mehr Kompetenzen ausgestattet werden. Falls ihnen nur noch leistungs- und später nur noch fallorientierte Beiträge ausgerichtet werden, so ist ihnen die selbständige Mittelbeschaffung, das Abschreiben/Amortisieren von Investitionen, die Öffnung von Rückstellungen und die Kompetenz für zukünftige Investitionen zu ermöglichen.

Die durch die Spitäler erbrachten gemeinwirtschaftlichen Leistungen wie zum Beispiel die Pflicht, Patienten jederzeit aufzunehmen (Notfallaufnahmen), oder fürsorglich zu betreuen, sind separat oder pauschal abzugelten.

D. Wir haben Ihnen mit dem Geschäftsbericht 1995 die Abschreibung der drei Postulate beantragt. Sie sind dem Antrag nicht gefolgt und haben am 4. November 1996 im Sinne von §24 Abs. 3 des Kantonsratsgesetzes je einen Ergänzungsbericht verlangt. Wir kommen hiermit diesem Auftrag nach. Da die drei Postulate materiell im gleichen Zusammenhang stehen, werden die Ergänzungsberichte zusammengefasst.

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen haben sich seit der Einreichung der Postulate im Jahr 1993 deutlich verändert. Das Gesundheitswesen befindet sich in einer Umbruchphase.

Die Medizin hat sich in den letzten Jahren unvermindert weiter entwickelt, was zu einer Zunahme der Behandlungen und der Kosten geführt hat. Dabei sind die Kosten weit stärker als das Wirtschaftswachstum gestiegen. Die hohe Qualität der Leistungen wird zwar allgemein anerkannt, doch sind Höhe und Wachstum der Kosten für weite Teile der Bevölkerung zunehmend schwerer tragbar geworden. Auf Bundesebene sind neue Gesetze geschaffen worden, die eine Planungspflicht sowie vermehrte Transparenz vorschreiben. Zu nennen sind das neue Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und die damit verbundenen Aufträge an die Kantone zur bedarfsgerechten Planung der stationärmedizinischen Versorgung sowie zur Erstellung der auf den 1. Januar 1998 in Kraft zu setzenden Spitalliste und das Bundesstatistikgesetz (BStatG), welches gesamtschweizerisch die Erhebung von Betriebsdaten, Kosten und medizinischen Statistiken verlangt. Diese Herausforderungen und Vorgaben verlangen gesamthaft ein Umdenken und ziehen einen grossen Handlungsbedarf nach sich.

Zukünftige Entwicklung der stationären Medizin

Die zukünftige Entwicklung der stationären Medizin im Kanton Zürich kann nicht isoliert, d.h. von der generellen medizinischen Entwicklung der letzten Jahre und Jahrzehnte losgelöst, betrachtet werden. Diese Entwicklung weist verschiedene zum Teil gegenläufige Charakteristiken auf:

- Die Behandlungsmöglichkeiten haben sich vervielfacht. Das Wissen über die Vorgänge im menschlichen Körper bis auf molekulares und submolekulares Niveau hinunter wächst stetig, und mit ihm die Möglichkeiten, Krankheiten besser zu verstehen und entsprechend therapieren zu können. Die Medizin wurde durch diese Entwicklung teilweise technisiert und wegen des weiterhin exponentiell anwachsenden Wissens in zunehmendem Mass spezialisiert.
- Viele hochkomplexe, risikoreiche Eingriffe, die noch vor wenigen Jahren nur an bestimmten Universitätskliniken und anderen spitzenmedizinischen Instituten durchgeführt werden konnten, sind mittlerweile zu Standardverfahren geworden. Krankheiten, die vor einem oder zwei Jahrzehnten kaum therapier- oder gar heilbar waren (wie z.B. gewisse Nieren- oder Krebserkrankungen), können heute mit gutem Erfolg behandelt werden.
- Eingriffe, die bisher mit grossem Aufwand verbunden waren, können in zunehmendem Mass durch minimalinvasive Verfahren ersetzt werden. Diese Verfahren bewirken in der Regel eine geringere operative Belastung der Patientinnen und Patienten und dadurch eine kürzere Heilungszeit. Einige solcher Eingriffe können bereits ambulant durchgeführt werden; d.h., der Patient bleibt während höchstens 24 Stunden im Behandlungszentrum und wird nicht stationär aufgenommen.

Teilweise ersetzen diese Methoden herkömmliche Verfahren, teilweise kommen sie als zusätzliche Möglichkeiten zum Katalog des Machbaren dazu. Die vorhandenen Möglichkeiten der Diagnose und Therapie werden in der Regel auch wahrgenommen, u.a. wegen entsprechender Erwartungen und Anspruchshaltungen der Patientinnen und Patienten.

Krankenhausplanung

In die Beurteilung der mengenmässigen Entwicklung der stationärmedizinischen Versorgung im Kanton sind in Anlehnung an die vorhergehenden Erwägungen verschiedene Aspekte einzubeziehen. Der Zeithorizont für diese Hochrechnungen muss knapp gefasst sein, da bei längerfristigen Prognosen der Ungenauigkeitsgrad zunimmt. Bei der Planung sind folgende Entwicklungen zu berücksichtigen:

- Die Einwohnerzahl wird weiterhin leicht zunehmen, ebenso die Überalterung der Bevölkerung.

- Die Spitalhäufigkeit wird im Prinzip aufgrund des weiter anwachsenden medizinischen Katalogs, aber auch aufgrund von Morbiditätsentwicklungen infolge der erhöhten Lebenserwartung der Bevölkerung, weiter ansteigen.
- Dem steht eine zunehmende Verlagerung von der stationären Akutversorgung in den Bereich der ambulanten und tageschirurgischen Behandlung entgegen. Dadurch wird die Spitalhäufigkeit wieder reduziert.
- Durch die Intensivierung der medizinischen Behandlung und die Entwicklung neuer Rehabilitations- und Langzeitpflegekonzepte kann die durchschnittliche Aufenthaltszeit der stationären Patientinnen und Patienten weiter reduziert werden.

Zur Planung des benötigten Angebotes richtet der Kanton Zürich seine Krankenhausversorgung seit mehr als 40 Jahren nach einem einheitlichen, in der jeweiligen Krankenhausplanung festgelegten Konzept aus. Die heute gültige Planung stammt aus dem Jahr 1991. In ihr wird u.a. festgehalten, dass der Kanton Zürich mit Spitalbetten überversorgt, die Auslastung der Betten zu gering und die Aufgabenteilung unter den Spitälern noch zu bereinigen sei. Zur Lösung dieser Probleme werden in der Zürcher Krankenhausplanung 1991 folgende Massnahmen vorgeschlagen: der Abbau der Betten, der Ausbau der Aufgabenteilung und die Verbesserung der Planungs- und Vergleichsgrundlagen in der Form systematischer statistischer Erhebungen in den Spitälern.

Die Umsetzung dieser Planungsziele ist naturgemäss mit Schwierigkeiten verbunden:

- Einer Bettenreduktion bzw. einer Reorganisation der Aufgabenteilung müssen sorgfältige, differenzierte Bedarfsabklärungen zugrunde liegen, denn diese Massnahmen dürfen nicht zu Versorgungsengpässen führen.
- Der disperse, gleichmässige Abbau von Betten an allen Spitälern ist nicht sinnvoll, da dabei weder die konkrete Angebots- und Bedarfssituation noch die funktionell optimale Grösse der Spitäler, Kliniken und Abteilungen berücksichtigt wird. Bei einer Bettenreduktion muss darauf geachtet werden, dass sinnvolle Grössen erhalten bleiben. Deshalb sind nicht einzelne Betten, sondern ganze Abteilungen, Kliniken oder Spitäler zu schliessen.
- Die Schliessung von Abteilungen, Kliniken oder Spitälern ist aus verschiedenen Gründen sehr schwierig zu realisieren. Ausser dem Universitätsspital Zürich und dem Kantonsspital Winterthur werden die Spitäler von Gemeinden, Zweckverbänden, Stiftungen oder anderen, privatrechtlich organisierten Trägerschaften geführt. Nur diese können direkt in den Betrieb ihrer Spitäler eingreifen. Der Kanton subventioniert je nach Finanzkraft der Trägerorganisation in unterschiedlichem Mass den Bau und Betrieb der benötigten Spitäler. Eine Schliessung kann deshalb nur indirekt, durch den Entzug von Subventionen bzw. von Leistungsaufträgen, in die Wege geleitet werden.
- Begreiflicherweise ist es für die Betroffenen oft schwer zu verstehen und zu akzeptieren, dass gerade sie von den Restrukturierungsmassnahmen betroffen sein sollen. Auch der Bevölkerung liegt das eigene Spital in der Regel mehr am Herzen als eine bedarfsgerecht optimierte kantonale Versorgungsstruktur.

Im Rahmen des neuen Krankenversicherungsgesetzes hat der Kanton Zürich die in der Zürcher Krankenhausplanung 1991 festgelegten Grundlagen überprüft und einer Teilrevision unterzogen. Die Ergebnisse zeigen in bezug auf die Überkapazitäten eine verschärfte Situation. Gesamthaft ist, auch unter Berücksichtigung verbesserter Effizienz des Spitalbetriebs (Wettbewerb), mit einem weiteren Rückgang des Bettenbedarfs für die stationärmedizinische Versorgung im Kanton Zürich zu rechnen. Gemäss Bedarfsplanung ist im Jahr 1998 mit einem Bettenüberschuss von rund 600 bis 800 Betten zu rechnen. Im Jahr 2005 beträgt der Bettenüberschuss gemäss Hochrechnungen rund 1200 Betten.

Spitalliste

Die neuen Bedarfsrechnungen bilden die Basis für den Entwurf zur kantonalen Spitalliste, die auf den 1. Januar 1998 in Kraft treten soll. Die Vernehmlassung zum Entwurf ist abgeschlossen; die Stellungnahmen werden zurzeit ausgewertet.

Der Entwurf beruht auf den folgenden Grundsätzen:

Die Gesundheitskosten sind gesamthaft zu senken. Damit sollen die Krankenkassenprämien und die Steuerbelastung stabilisiert bzw. wenn möglich gesenkt werden. Weiterhin benötigte, ungenügend ausgelastete Leistungserbringer sollen durch eine regionale Konzentration der Versorgung wieder besser ausgelastet werden und damit ihre Leistungen

wirtschaftlicher erbringen. Anstelle der bisherigen vierstufigen Versorgungsstruktur tritt daher eine gestraffte, dreistufige Struktur. Am Prinzip der dezentralen Grundversorgung wird festgehalten; sie wird jedoch neu in den regionalen Schwerpunktspitälern zusammengefasst. Gleichzeitig soll die nichtstationäre Versorgung im ambulanten Bereich gestärkt werden. Die Spitäler aller Stufen erhalten neu definierte, dem ermittelten Bedarf entsprechende Leistungsaufträge.

Die konkreten, über die Spitalliste einzuleitenden Massnahmen sind:

- Entzug der Berechtigung für die Behandlung allgemeinversicherter Patientinnen und Patienten zu Lasten der Krankenkassen bei sechs Spitälern (Adliswil, Bauma, Dielsdorf, Pfäffikon, Thalwil und Wald). Die daraus resultierenden Ertragsausfälle werden aller Voraussicht nach Betriebschliessungen unumgänglich machen. Die bisher von den genannten Spitälern erbrachten Leistungen (Pflegetage) können durch verbesserte Auslastung an den benachbarten regionalen Schwerpunktspitälern erbracht werden.
- Verlust der Selbständigkeit der Schweizerischen Pflegerinnenschule.
- Abbau von insgesamt 170 Betten am Universitätsspital Zürich und am Stadtspital Triemli.
- Aufforderung zur besseren Zusammenarbeit bzw. Zusammenlegung an die Spitäler Balgrist und Klinik Wilhelm Schulthess, Stadtspital Triemli und Maternité Inselhof sowie Horgen und Wädenswil.

Insgesamt sollen durch diese Massnahmen im ganzen Kanton in einem ersten Schritt 600 Betten abgebaut werden (Stadt und Land je 300). Durch die Erhöhung der von den verbleibenden Spitälern erbrachten Leistungen werden diese angehalten, sich auf ihre stufenspezifische Kernaufträge zu konzentrieren; Doppelspurigkeiten und die Erbringung von spezialisierten Leistungen, die nicht der Versorgungsstufe des Spitals entsprechen, können dadurch unterbunden werden.

Die Aufgabenteilung gemäss Zürcher Krankenhausplanung 1991 wird laufend umgesetzt. Zudem wird bereits seit einiger Zeit vermehrtes Augenmerk auf eine medizinisch und betrieblich optimierte Aufgabenteilung zwischen akutmedizinischer Erstversorgung und anschliessender rehabilitativer Versorgung einschliesslich Spitex geachtet. Darüber hinaus sind im Rahmen der Ausarbeitung der Leistungsaufträge auf verschiedenen Ebenen Bemühungen für eine bessere Leistungs- und Kostentransparenz und eine bessere Koordination der Spitalangebote im Gang.

Eine Inkraftsetzung der Spitalliste auf den 1. Januar 1998 gemäss Vernehmlassungsentwurf der Gesundheitsdirektion muss zwangsläufig auch Einfluss auf die hängigen und sich in Realisation befindenden Spitalplanungen haben. Aufgrund der Neustrukturierung der akutmedizinischen Versorgung im Kanton Zürich müssen die Leistungsaufträge und Kapazitäten der Spitäler kritisch überprüft und gegebenenfalls der veränderten Situation angepasst werden. Welche Auswirkungen dies jedoch konkret auf die Spitalplanungen hat, kann erst nach Verabschiedung der endgültigen Spitalliste durch den Regierungsrat bestimmt werden.

Trotz Bettenabbau und Bereinigung der Versorgungsstrukturen sind Unterhaltsarbeiten und Sanierungen zur Werterhaltung und Modernisierung der weiterhin unterstützten Spitäler unumgänglich. Nur so können diese ihre Aufträge erfüllen und betriebswirtschaftlich optimal betrieben werden.

Spitalreform

Noch vor Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes hat die Gesundheitsdirektion eine Spitalreform in Gang gesetzt. Mit dem wif!-Projekt LORAS (Leistungsorientierte Ressourcenallokation im Spitalbereich), welches in zehn Pilotspitälern umgesetzt wird, soll ein leistungsorientiertes Steuerungsmodell geschaffen werden, welches die bisherige ressourcenorientierte herkömmliche Steuerung ersetzt.

Ziel der Reform ist es, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung mit tragbaren Krankenversicherungsprämien und öffentlichen Ausgaben sicherzustellen. Dies muss bei der angespannten Finanzlage primär durch bessere Wirtschaftlichkeit erreicht werden.

Mit dem Projekt LORAS wird der Staat via Leistungsaufträge und Globalbudgets zum «Einkäufer» von Leistungen für die Versorgung allgemeinversicherter Patienten sowie weiterer gemeinwirtschaftlicher Leistungen (z.B. Notfalldienst, Aus- und Weiterbildung, Lehre

und Forschung). Die strategische und die operative Ebene werden im Sinne des New Public Managements getrennt.

In Leistungsauftrag und Jahreskontrakt werden diejenigen Leistungen bezeichnet, die der Staat einem Spital für die Kontraktperiode jeweils «in Auftrag gibt». Diesen Leistungen wird ein gewisser finanzieller Betrag als «Leistungswert» gegenübergestellt. Der Staat vergütet den gesetzlichen Anteil an diesem Wert (z.B. 100% bei Lehre und Forschung und mindestens 50% für die Versorgung allgemeinversicherter Patienten).

Die Summe der Vergütungsanteile für die vereinbarten Leistungen bestimmt die Höhe des Globalbudgets. Mit dem Globalbudget sind die Ansprüche des Spitals vollumfänglich abgedeckt. Die automatische Defizitdeckungsgarantie fällt weg.

Nach Vollzug der Spitalreform übernehmen die Leistungsgremien die Verantwortung für Über- oder Unterschreitungen des Budgets. Das Prinzip des Globalbudgets verlangt, dass Budgetunterschreitungen («Gewinne») zum Teil vom Betrieb in eigener Regie verwendet werden können, z.B. für Rückstellungen. Auf der anderen Seite hat das Spital eventuelle Budgetüberschreitungen («Verluste») selber zu tragen, z.B. mittels Auflösung von Rückstellungen oder Verlustvorträgen auf das Folgebudget.

Die Spitalverantwortlichen haben selber zu beurteilen, ob die Entschädigung die Kosten der Leistungserbringung zu decken vermag. Am sinnvollsten geschieht dies mittels einer Kostenträgerrechnung. Die Kostenträgerrechnung ist ein betriebsinternes Kontroll- und Steuerungsinstrument, welches jedoch im Sinne einer erhöhten Transparenz in den Grundzügen harmonisiert werden soll.

Im Rahmen des Globalbudgets entscheidet das Spital über den Mitteleinsatz autonom. So fallen z.B. Stellenplanbewilligungen seitens der Gesundheitsdirektion künftig weg. Das Spital muss der Gesundheitsdirektion lediglich im Rahmen der Auftragserfüllung (Art, Menge und Qualität der Leistung) Rechenschaft ablegen.

Die Leistung wird nicht nur in ihrer Art und Menge vereinbart, sondern auch zu einer bestimmten Qualität. Die Qualität ist integrierter Bestandteil des Leistungswertes. Wird die Qualität gemindert, so rechtfertigt sich die Höhe der Vergütung nicht länger. Aus diesem Grund werden im Projekt LORAS diverse Instrumentarien zur Qualitätssicherung und -kontrolle aufgebaut.

Die Verwirklichung der Grundgedanken des Projekts LORAS setzt eine umfassende Definition und Dokumentation der «Spitalleistung» sowie Instrumente zur deren Bewertung voraus. Diese liegen derzeit noch nicht vor. Aus diesem Grund werden parallel zum Projekt LORAS verschiedene Begleitprojekte durchgeführt:

Mittels des Patientenrecord (PATREC), der die medizinische Statistik gemäss Bundesstatistikgesetz (BStatG) abdecken muss, wird – schweizerisch einmalig – eine vereinheitlichte, umfassende Dokumentation über die Klientel der Spitäler (medizinische, soziodemographische und aufenthaltsbezogene Daten) erstellt, die zudem eine flexible Falldefinition ermöglicht. Die Einführung des PATREC stellt hohe Anforderungen an die Spital-EDV und an administrative Abläufe, wie diszipliniertes, korrektes und vollständiges Codieren von Diagnosen und Behandlungen sowie die Verknüpfung der verschiedenen Ebenen der Fallbetrachtung (Klinikaufenthalt, Spitalaufenthalt, medizinischer Spitalfall, Patient) sämtlicher Patienten und Patientinnen eines Spitals. Der PATREC wird ab 1. Januar 1998 eingeführt. Kantonsweite Daten stehen teilweise ab Mitte 1999, vollständig im Jahr 2000 erstmals zur Verfügung.

Die Dokumentation der Spitalklientel genügt für eine Fall- bzw. Leistungsdefinition sowie deren monetäre Bewertung noch nicht. Aus diesem Grund werden im Rahmen eines weiteren Projekts die Behandlungspfade der 50 häufigsten Behandlungen aufgrund von Krankengeschichten ausgewertet und mittels Expertengesprächen validiert. Diesen «Standardbehandlungen» werden Norm- bzw. Standardkosten zugeordnet. Die Ergebnisse werden als Basis für die Verhandlungen mit den Kassen – primär im Halbprivatbereich – im Sinne von Standardfallpauschalen verwendet.

Da die standardisierte Dokumentation von Diagnosen und Behandlungen künftig zentralen Stellenwert besitzen wird, und nicht zuletzt aufgrund gesetzlicher Vorgaben im Rahmen der Verordnungen zum Bundesstatistikgesetz (BStatG), unternimmt der Kanton Zürich gemeinsam mit dem Verein Zürcher Krankenhäuser (VZK) und der Vereinigung «Spitäler der

Schweiz» (H+) alle Anstrengungen, um eine Schulung der Spitalärzteschaft in den beiden neuen Klassifikationssystemen (ICD-10 und ICD-9-CM) auf Herbst 1997 zu ermöglichen.

Der Standardisierung und Pauschalierung der häufigsten Behandlungen sind Grenzen gesetzt: Diese Behandlungen beziehen sich in aller Regel auf operative Eingriffe an Akutpatienten. Der übrige medizinisch-pflegerische Bereich kann nicht ausreichend standardisiert und somit auch nicht normativ bewertet werden. Aus diesem Grund verfolgt der Kanton Bestrebungen zur Einführung einheitlicher, umfassender Patientenkategorisierungssysteme. Mittels dieser Systeme werden Einzelfälle in Fallgruppen eingeteilt, welche über eine Gruppenpauschale oder ein bestimmtes Kostengewicht verfügen. Dadurch wird es möglich, einen Grossteil der im Spital versorgten Fälle mittels Pauschalen abzugelten. Eine Koordination mit andern Kantonen wird angestrebt.

Das Projekt LORAS soll Ende 1998 abgeschlossen werden. Die Ergebnisse aus den Modellversuchen mit den zehn Pilotspitälern fliessen in den Geschäftsgang der Gesundheitsdirektion ein, und die Spitalreform wird in allen Akutspitälern umgesetzt.

Gestützt auf diesen zusammenfassenden Ergänzungsbericht beantragen wir Ihnen erneut, die Postulate KR-Nr. 217/1993, 216/1993 sowie 126/1993 abzuschreiben.

II. Mitteilung an die Direktion des Gesundheitswesens.

Im Namen des Regierungsrates
Der Präsident: Der Staatsschreiber
Hofmann Husi

RRB Nr. 908/1997