

Sitzung vom 29. Juni 2016

644. Anfrage (Fehl- und Überversorgung in den Zürcher Spitälern)

Kantonsrat Kaspar Bütikofer und Kantonsrätin Esther Guyer, Zürich, haben am 11. April 2016 folgende Anfrage eingereicht:

Im internationalen Vergleich sind die ärztlichen Grundversorger in der Schweiz mit dem Gesundheitssystem überdurchschnittlich zufrieden. Sie äussern jedoch grosse Bedenken darüber, dass zu viele und unnötige medizinische Leistungen erbracht werden. Dies ging aus einer Umfrage hervor, die 2015 in elf Ländern durchgeführt wurde.

Dem Thema Fehl- und Überversorgung nahm sich auch die dritte nationale Konferenz Gesundheit 2020 unter dem Motto «Less is more» an. Oft werden nicht notwendige und teilweise sogar kontraproduktive Therapien und Eingriffe vorgenommen. Sie setzen Patientinnen und Patienten unnötigen Risiken aus und verursachen insbesondere bei Menschen am Lebensende vermeidbares Leid. Die Fehl- und Überversorgung sind ein wichtiger Faktor für das ungebremste Kostenwachstum im Gesundheitswesen. Die Überversorgung ist wohl nicht zuletzt eine Folge von finanziellen Fehlanreizen.

Wir bitten den Regierungsrat um Beantwortung folgender Fragen:

1. Welche Priorität räumt die Gesundheitsdirektion dem Thema Fehl- und Überversorgung ein?
2. Kann abgeschätzt werden, wie viele nicht notwendige Eingriffe und Therapien in den Zürcher Spitälern verordnet werden:
 - a) im ambulanten Bereich,
 - b) im stationären Bereich? Wie hoch belaufen sich die Kosten?
3. Gibt es einen Unterschied
 - a) zwischen allgemein- und zusatzversicherten Patienten,
 - b) zwischen Spitälern mit einer privaten und einer öffentlichen Trägerschaft?
4. Falls Frage 2 mit Nein beantwortet wird: Was unternimmt die Gesundheitsdirektion, um sich einen Überblick über das Ausmass von Fehl- und Überversorgung im Kanton Zürich zu verschaffen?
5. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den Überkapazitäten in der Versorgung mit Akutmedizin und nicht notwendigen Eingriffen und Therapien?

6. Wo ortet die Gesundheitsdirektion die Ursachen und Fehlanreize, die zu einer Fehl- und Überversorgung in den Spitälern (ambulant und stationär) führen?
7. Was unternimmt die Gesundheitsdirektion, um die Fehl- und Überversorgung einzudämmen? Gibt es Strategien?
8. Wie hoch veranschlagt der Regierungsrat das Sparpotenzial durch eine Reduktion der nicht notwendigen und kontraproduktiven Eingriffe und Therapien?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Kaspar Bütikofer und Esther Guyer, Zürich, wird wie folgt beantwortet:

Zu Fragen 1 und 5:

Die Auseinandersetzung mit Fragen der Fehl- und Überversorgung in den Spitälern ist für die Gesundheitsdirektion und den Regierungsrat ein wichtiges Thema. Es betrifft eine Schnittstelle, an der verschiedene gesetzlich definierte Aufgaben und Kompetenzen aufeinandertreffen: Dem Kanton wird im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) und im Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetz vom 2. Mai 2011 (SPFG, LS 813.20) die Pflicht und Kompetenz zur versorgungsnotwendigen Spitalplanung übertragen; demgegenüber haben gemäss KVG der Bund (allgemein) und die Krankenversicherer (im Einzelfall) die Pflicht, die vorgenommenen Behandlungen auf deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) zu prüfen und gegebenenfalls geeignete Massnahmen einzuleiten. Zu diesen Aufgaben unterschiedlicher Akteure gesellt sich die Verantwortung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes, in Absprache mit der Patientin oder dem Patienten die korrekte Behandlung zu wählen.

Für die Begriffe Fehl- und Überversorgung bestehen keine allgemein anerkannten und klaren Definitionen. Eine konkrete Einschätzung von Über- und Fehlversorgung würde einen allseits akzeptierten Massstab für eine «angemessene Versorgung» bedingen. Das würde voraussetzen, dass beispielsweise folgende Fragen abstrakt beantwortet werden können müssten: Ist eine Bypassoperation bei einem 85-jährigen Patienten sinnvoll? Soll der Hüftgelenkersatz bei einer 80-jährigen herzkranken Patientin durchgeführt werden? Wann soll eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt werden und wann nicht? Soll die Kataraktoperation beim 80-jährigen alleinstehenden Patienten ambulant oder stationär durchgeführt werden?

Aus den in der vorliegenden Anfrage erwähnten internationalen und nationalen Studien und Konzepten ergeben sich zwar Hinweise und Indizien, die auf Fehlbehandlungen im Einzelfall und allenfalls – aufgrund von allgemeinen Vergleichszahlen – auf eine Überversorgung schliessen lassen. Aus anderen Studien zur gleichen Frage ergeben sich diese Schlüsse jedoch nicht: Das Schweizer Gesundheitsobservatorium OBSAN hat 2013 den Zusammenhang zwischen der Spitalbettendichte und den stationären Spitalleistungen untersucht und dabei keinen signifikanten Zusammenhang festgestellt (vgl. OBSAN Bericht 59).

Trotz der schwierigen Ausgangslage hat die Gesundheitsdirektion die Diskussion über die angemessene Versorgung in der Vergangenheit verschiedentlich aufgegriffen und vorangetrieben: Sie hat z. B. 2008 mit der Einrichtung des Swiss Medical Boards in diesem Bereich ein Pionierrolle eingenommen, und der jährlich stattfindende Zürcher Versorgungsforschungskongress, der von der Gesundheitsdirektion unterstützt wird, setzt sich mit dem Thema Fehl- und Überversorgung auseinander. Auch in Zukunft wird die Gesundheitsdirektion versuchen, Fehl- und Überversorgung zu thematisieren und, wo notwendig und möglich, steuernd einzugreifen.

Zu Fragen 2 und 4:

Über die ambulanten Behandlungen müssen die Spitäler im Kanton Zürich der Gesundheitsdirektion keine medizinischen Leistungsdaten liefern. Da sich der Kanton an diesen Behandlungen finanziell nicht beteiligt (Art. 41 Abs. 1 KVG), verfügt die Gesundheitsdirektion auch über keine Abrechnungsdaten der Spitäler. Es ist ihr somit nicht möglich, konkrete Aussagen zur Fehl- oder Überversorgung im ambulanten Bereich zu machen.

Hingegen verfügt die Gesundheitsdirektion über Leistungs- und Abrechnungsdaten im stationären Bereich. Gestützt darauf prüft sie systematisch die effiziente Leistungserbringung und korrekte Rechnungsstellung. Allerdings sind die Prüfung der Indikationsstellung und die Korrektheit der gewählten Behandlungsmethode im Einzelfall – wie eingangs erwähnt – nicht Sache der Gesundheitsdirektion, sondern der Krankenversicherer.

Die Gesundheitsdirektion muss sich grundsätzlich darauf verlassen, dass die Ärztinnen und Ärzte in den Spitälern korrekte Eingriffe und Therapien durchführen bzw. verordnen und die Krankenversicherer ihre Aufgabe als vom KVG vorgesehene Kontrollinstanz wahrnehmen. Die im schweizerischen Vergleich unterdurchschnittliche Hospitalisationsrate im Kanton Zürich ist jedenfalls ein Indiz, dass eine allfällige Fehl- und Überversorgung im Kanton Zürich im Vergleich mit den anderen Kantonen nicht besonders ausgeprägt sein kann.

Zu Frage 6:

Ist eine Behandlung besonders gut vergütet, besteht ein Anreiz für die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt, diese Behandlung häufiger als unbedingt notwendig durchzuführen. Dies trifft im ambulanten Bereich für viele TARMED-Positionen und im stationären Bereich für die Behandlung von Zusatzversicherten sowie kurzfristig auch für einzelne Fallpauschalen (DRG) zu. Die Übervergütung einzelner DRG kann im Gegensatz zu den TARMED-Positionen aber nicht mehrere Jahre bestehen, da die DRG jährlich auf der Grundlage der tatsächlichen Kosten neu kalkuliert werden.

Die Gesundheitsdirektion hat untersucht, ob DRG mit besonders guter Vergütung (Ertrag > Kosten) 2012–2014 in den Zürcher Spitälern überdurchschnittlich stark zugenommen haben. Dabei zeigte sich kein systematischer Zusammenhang zwischen diesen lukrativeren DRG und den hohen Wachstumsraten bei einzelnen Behandlungen. Bei der Entscheidung, ob eine Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird, wirken die finanziellen Anreize sodann vorrangig in Richtung stationäre Behandlung: Das Spital erhält in der Regel eine höhere Vergütung und die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt bekommt bei einem stationären Aufenthalt einer zusatzversicherten Patientin oder eines zusatzversicherten Patienten ein Zusatzhonorar. Hinzu kommt, dass die Krankenversicherung im Unterschied zur ambulanten Behandlung nicht die ganze Behandlung bezahlt, sondern höchstens 45% (Art. 49a Abs. 2 KVG). Diese Tatsache steigert den Anreiz der Krankenversicherer kaum, in solchen Fällen die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts besonders zu hinterfragen.

Zu Fragen 3, 7 und 8:

Weitere Untersuchungen der Gesundheitsdirektion zeigen, dass zusatzversicherte Patientinnen und Patienten einen höheren Anteil (60%) an planbaren stationären Eingriffen aufweisen als grundversicherte Patientinnen und Patienten (50%). Bei zusatzversicherten Personen werden also bestimmte Eingriffe entweder öfter stationär statt ambulant oder allgemein häufiger durchgeführt. Die überdurchschnittlichen Anteile an zusatzversicherten Patientinnen und Patienten bei kurzstationären Aufenthalten deuten darauf hin, dass zusatzversicherte Patientinnen und Patienten vor allem bei auch ambulant möglichen Behandlungen öfter stationär behandelt werden als grundversicherte Patientinnen und Patienten. Die Abklärungen der Gesundheitsdirektion haben hingegen keine eindeutigen Anhaltspunkte auf eine unterschiedliche Praxis zwischen öffentlichen und privat getragenen Spitälern ergeben.

Um der Tendenz der Spitäler zu begegnen, Eingriffe stationär vorzunehmen, die an sich ambulant durchgeführt werden könnten, und um das Potenzial für die Substitution stationärer durch ambulante Behandlungen stärker auszuschöpfen, prüft die Gesundheitsdirektion derzeit eine Ergänzung des SPFG: Die Direktion soll ermächtigt werden, den Listenspitälern vorzuschreiben, bestimmte Leistungen im Regelfall ambulant zu erbringen. Das damit verbundene Einsparpotenzial wird auf schätzungsweise 6 Mio. Franken pro Jahr beziffert (vgl. RRB Nr. 236/2016; Massnahme F7, Ziff. 1).

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

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi