

**Beschluss des Kantonsrates
zum Postulat KR-Nr. 368/2021
betreffend Förderung der koordinierten
ambulanten Versorgung**

(vom)

Der Kantonsrat,

nach Einsichtnahme in den Bericht und Antrag des Regierungsrates vom 28. Februar 2024,

beschliesst:

I. Das Postulat KR-Nr. 368/2021 betreffend Förderung der koordinierten ambulanten Versorgung wird als erledigt abgeschrieben.

II. Mitteilung an den Regierungsrat.

Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 21. Februar 2022 folgendes von Kantonsrätin Pia Ackermann, Zürich, und Mitunterzeichnenden am 25. Oktober 2021 eingereichte Postulat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird eingeladen zu analysieren und aufzuzeigen, wie die ambulante Versorgung im Kanton Zürich so gefördert und gesteuert werden kann, dass eine Über- bzw. Unterversorgung möglichst verhindert wird. Insbesondere soll berücksichtigt werden, dass die Angebote der ambulanten und teilstationären Grundversorgung in allen Regionen gut zugänglich sind und eine koordinierte Versorgung ermöglicht wird. Zudem soll gezeigt werden, wie versorgungspolitisch sinnvolle Angebote zur Verbesserung der Versorgungskette und Entlastung der stationären Angebote gefördert werden können. Bestehende Ressourcen (wie Arztpraxen, Apotheken, Spitex, Regionalspitäler und weitere Leistungserbringer) müssen in die Analyse miteinbezogen werden.

Bericht des Regierungsrates:

I. Ausgangslage

Gemäss Art. 113 der Kantonsverfassung (LS 101) sorgt der Kanton zusammen mit den Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare Gesundheitsversorgung. Nach der geltenden Aufgabenteilung, die mit Inkrafttreten des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG, LS 813.20) im Jahr 2012 und der damit verbundenen Änderung des Pflegegesetzes (LS 855.1) verankert wurde, obliegt die Sicherstellung einer bedarfs- und fachgerechten ambulanten und stationären Pflegeversorgung im Kanton Zürich den Gemeinden, während der Kanton für die Spitalversorgung zuständig ist.

Die Gemeinden müssen demnach die Versorgung ihrer Einwohnerinnen und Einwohner mit Pflegeleistungen sowie Leistungen der Akut- und Übergangspflege in Pflegeheimen und durch spitalexterne Krankenpflege sicherstellen. Auch sind die Gemeinden für die Finanzierung der Pflegerestkosten verantwortlich. Zudem sind sie dazu verpflichtet, die notwendigen nichtpflegerischen Spitex-Leistungen im hauswirtschaftlichen und betruerischen Bereich sicherzustellen (vgl. §§ 1 und 5 Pflegegesetz). Gemäss § 3 Abs. 2 der Verordnung über die Pflegeversorgung (LS 855.11) müssen die Gemeinden ein umfassendes Versorgungskonzept für stationäre und ambulante Leistungen, die in Pflegeheimen oder bei den Leistungsbezügerinnen und -bezügern zu Hause erbracht werden, erstellen. In der Verordnung wird weiter ausgeführt, dass das Konzept neben dem Leistungsangebot auch die Nahtstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflegeversorgung sowie die Nahtstellen zwischen Pflege- und Akutversorgung berücksichtigen soll.

Die medizinische Versorgung kann ebenfalls ambulant oder stationär erfolgen. Die Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erfolgt grundsätzlich anhand der Form und Dauer der Behandlung. Die ambulante medizinische Versorgung betrifft Leistungen, für welche die Patientinnen und Patienten nicht formal in ein Spital aufgenommen werden und vor allem nicht über Nacht am Ort der Behandlung verbleiben müssen. Neben den ambulanten Abteilungen von Spitälern zählen frei praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Laboratorien oder Einrichtungen wie z. B. Notfallzentren, die der ambulanten Krankenpflege durch Ärztinnen und Ärzte dienen, zu den ambulanten Leistungserbringern.

Die Vergütung der ambulanten medizinischen Leistungen, sofern sie durch die Grundversicherung gedeckt sind, erfolgt vollumfänglich durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und ohne Beteiligung durch die Kantone. Entsprechend sind die Einzelleistungstarife,

welche die Grundlage zur Finanzierung darstellen, sowie die Voraussetzungen zur Erteilung der Zulassungen zur Abrechnung zulasten der OKP, mit denen die Qualität der ambulanten Anbieter sichergestellt wird, national geregelt. Die Finanzierung der ambulanten medizinischen Leistungen beruht auf Tarifstrukturen, die von den jeweiligen Verbänden der Leistungserbringer und den Krankenversicherern als Tarifpartnern bestimmt und durch den Bundesrat als zuständige Behörde genehmigt werden. Sie ordnen jeder Leistung je nach zeitlichem Aufwand, Schwierigkeit und erforderlicher Infrastruktur eine bestimmte Anzahl von Taxpunkten zu. Für die Abrechnung werden die Taxpunkte aus der Tarifstruktur mit den unterschiedlichen Taxpunktwerten multipliziert. Taxpunktwerte werden auf Bundes- oder kantonaler Ebene durch die Tarifpartner bestimmt und durch die zuständigen Behörden genehmigt oder, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können, festgesetzt.

Auch die Steuerung der ambulanten medizinischen Versorgung, mit der Über-, Unter- oder Fehlversorgungen vermieden werden sollen, erfolgt weitestgehend mittels der beschriebenen Einzelleistungstarife durch die Tarifpartner und der auf Bundesebene definierten Zulassungsvoraussetzungen. Mit Inkrafttreten des revidierten Art. 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (SR 832.10) am 1. Juli 2021 wurde die Beschränkung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich neu geregelt. Die Kantone sind verpflichtet, in einem oder mehreren medizinischen Fachgebieten oder in bestimmten Regionen die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die im ambulanten Bereich zulasten der OKP Leistungen erbringen, mittels Höchstzahlen zu beschränken. Kriterien und methodische Grundsätze für Höchstzahlen werden allerdings durch den Bundesrat definiert. Auch die Versorgungsgrade, die zur Bestimmung der Höchstzahlen beigezogen werden müssen, werden durch den Bund festgelegt. Die durch das Eidgenössische Departement des Innern veranlasste Überprüfung der festgelegten Versorgungsgrade soll voraussichtlich Ende 2024 abgeschlossen sein.

Der Kanton Zürich hat die Umsetzung der Zulassungsbeschränkung an die Hand genommen (vgl. RRB Nr. 313/2023). Aufgrund eines im Frühling 2023 publizierten Urteils des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zeigte sich, dass für die definitive Regelung eine kantonale gesetzliche Grundlage zu schaffen ist. Mit Medienmitteilung vom 28. Juni 2023 wurde informiert, dass aus diesem Grund die geplante Zulassungsbeschränkung im Kanton Zürich vorerst nicht in Kraft treten wird (vgl. [zh.ch/de/newsuebersicht/medienmitteilungen/2023/06/neue-zulassungsbeschaenkung-im-kanton-zuerich-wird-vorerst-nicht-umgesetzt.html](https://www.zh.ch/de/newsuebersicht/medienmitteilungen/2023/06/neue-zulassungsbeschaenkung-im-kanton-zuerich-wird-vorerst-nicht-umgesetzt.html)). Die eidgenössischen Räte wollten mit der neuen Zulassungsbeschränkung ein wirksames Instrument zur Kontrolle des Leistungsangebots und zur Ein-

dämmung der steigenden Kosten im ambulanten Bereich bereitstellen. In der Zwischenzeit hat sich die Ausgangslage aber stark verändert. Die Schaffung gesetzlicher Grundlagen zur Umsetzung einer Zulassungsbeschränkung für einige wenige spezialisierte Fachgebiete im ambulanten Bereich ist aufwendig und würde aller Voraussicht nach für die nächsten Jahre keine Wirkung entfalten. Aus diesem Grund wurde entschieden, dies vorerst nicht umzusetzen. Den Kantonen kommt somit derzeit bei der Steuerung der ambulanten Versorgung nur eine untergeordnete Rolle zu. Dies ist folgerichtig, da sich die Kantone auch noch nicht an den ambulanten Kosten beteiligen.

Da sich die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren stark spezialisiert und fragmentiert hat und zudem vermehrt chronische Erkrankungen sowie Mehrfacherkrankungen auftreten, steigt die Notwendigkeit, die einzelnen Behandlungsschritte besser aufeinander abzustimmen. Die bessere Vernetzung und Koordination in der Gesundheitsversorgung kann unter den Begriffen «integrierte Versorgung» oder «koordinierte Versorgung» zusammengefasst werden. Ziel der integrierten oder koordinierten Versorgung ist es, eine umfassende Behandlung der Patientinnen und Patienten unter Zusammenarbeit sämtlicher ambulanten Leistungserbringer und unter Berücksichtigung der Schnittstellen zur stationären Versorgung sowie zur ambulanten und stationären Langzeitversorgung sicherzustellen.

2. Bestehende kantonale Instrumente zur Steuerung und Förderung der ambulanten und integrierten Versorgung

Der Kanton kann gestützt auf § 11 SPFG für spitalgebundene ambulante Pflichtleistungen, soweit sie versorgungspolitisch sinnvoll sind, sowie für Leistungen von Listenspitälern, die im Rahmen neuer Versorgungsmodelle erbracht werden, Subventionen bis zu 100% der ungedeckten Kosten gewähren. Zudem können gemäss § 11 Abs. 2 SPFG Versorgungsangebote weiterer Leistungserbringer subventioniert werden, sofern die Angebote versorgungspolitisch sinnvoll sind, die Versorgungskette verbessern oder die stationäre Spitalversorgung entlasten und grundsätzlich einen Bezug zur Spitalversorgung aufweisen. Subventionen können insbesondere dafür eingesetzt werden, einer bestehenden oder sich androhenden Unterversorgung entgegenzuwirken oder Pilotprojekte mit integrierter Versorgung zu fördern. Die Förderung von Angeboten innerhalb einer integrierten Versorgung stellt auch einen Weg dar, um die Versorgung in ländlichen Gebieten in Zukunft sicherzustellen. Der Regierungsrat hat sich für die Legislaturperiode 2023–2027 zum Ziel gesetzt, die integrierte Versorgung weiterzuentwickeln mit einem besonderen

Fokus auf die hausärztliche, pädiatrische und psychiatrische Versorgung (vgl. Richtlinien der Regierungspolitik 2023–2037, RRB 4, RRB Nr. 871/2023).

Zurzeit werden Subventionen an die psychiatrischen Ambulatorien und die Ambulatorien der Spitäler mit einer Kindernotfallstation zwecks Aufrechterhaltung dieser versorgungsnotwendigen Leistungen gewährt. Zudem werden Pilotprojekte, beispielsweise zum Einsatz von Advanced Practice Nurses im Universitäts-Kinderspital Zürich, zu einem Warteistenangebot für Kinder und Jugendliche und deren Eltern in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich oder zur Erbringung von Behandlungen zu Hause (sogenanntes Hometreatment in der Psychiatrie sowie Hospital@Home in der Akutsomatik) in verschiedenen Spitälern finanziell unterstützt. Im vergangenen Jahr gewährte der Kanton im ambulanten Bereich Subventionen von insgesamt 59 Mio. Franken.

Daneben nutzt der Kanton in weiteren Bereichen seine Spielräume zur Steuerung des ambulanten Bereichs und zur zielgerichteten Stärkung der ambulanten und integrierten Versorgung. So wurden in den letzten Jahren verschiedene Massnahmen ergriffen, um die Hausarztmedizin zu fördern und zu stärken und den Nachwuchs in diesem Bereich sicherzustellen (vgl. RRB Nr. 1541/2021). Dazu gehören beispielsweise eine bessere Vergütung der Spitäler für die ärztliche Weiterbildung in den auf die Grundversorgung ausgerichteten medizinischen Fachgebieten (vgl. RRB Nr. 314/2023), der Ausbau des Praxisassistentenprogramms für die Hausarztmedizin sowie die Erhöhung der Zahl der Studienplätze für Medizin, verbunden mit der Stärkung des Stellenwerts der Hausarztmedizin in der Ausbildung. Mit der Umsetzung der Motion KR-Nr. 125/2021 betreffend Mehr Studienplätze für Humanmedizin in Zürich werden die Ausbildungskapazitäten weiter erhöht (vgl. KR-Nr. 125a/2021).

Weiter hat die Gesundheitsdirektion in enger Zusammenarbeit mit dem Verband der Gemeindepräsidenten des Kantons Zürich und der Gesundheitskonferenz des Kantons Zürich das Projekt «Pflegeheimbettenplanung» eingeleitet, mit dem per 1. Januar 2027 eine neue Zürcher Pflegeheimliste festgesetzt werden soll, die eine bedarfsgerechte, qualitativ hochstehende und langfristig finanzierbare stationäre Pflegeversorgung der Zürcher Bevölkerung gewährleistet. Dadurch kann die Planung in Zukunft gezielt darauf ausgerichtet werden, das stationäre Angebot bei Bedarf zu begrenzen und die Substitution durch ambulante und intermediäre Angebote wie betreutes Wohnen zu fördern (vgl. RRB Nr. 1227/2023). Auch die neue Strategie Palliative Care, welche die Gesundheitsdirektion gegenwärtig erarbeitet, soll einen Beitrag zur integrierten Versorgung in diesem Bereich leisten und innovative Lösungen fördern. Mit der geplanten Revision des Gesundheitsgesetzes (LS 810.1) sollen die Grundlagen für eine zeitgemässe Leistungserbringung im Zür-

cher Gesundheitswesen in den kommenden Jahren geschaffen werden. Daneben hat der Kanton erfolgreich Gefässe zur Koordination der verschiedenen Leistungserbringer geschaffen, wie z. B. die regionalen Psychiatriekommissionen oder die Überbrückungskonferenzen in der Psychiatrie zeigen. Nicht zuletzt leistet die Digitalisierung im Gesundheitswesen eine Chance, um die verschiedenen Akteure stärker zu vernetzen. Der Regierungsrat unterstützt daher die Bemühungen des Bundes und setzt sich mit einem ergebnisorientierten Fördermechanismus für die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD) im Kanton ein (vgl. RRB Nr. 515/2023).

Um das Zusammenspiel der verschiedenen Massnahmen und Einflüsse im Versorgungsbereich vorausschauend zu koordinieren, hat das Amt für Gesundheit (AFG) zudem das Projekt «Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich 2040» eingeleitet. Im Rahmen dieses Projekts soll in enger Zusammenarbeit mit den wichtigsten Akteurinnen und Akteuren eine Vision der Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich als Grundlage für die strategische Ausrichtung in den kommenden Jahren erarbeitet werden. Dazu werden als Grundlage die demografische Entwicklung bis 2040 und die damit verbundenen Veränderungen beim Bedarf, die dazuzumal vorherrschenden medizinischen Fragestellungen sowie die Entwicklung bei den Fachkräften analysiert. Ausgehend von der Analyse der Versorgungsthemen und -probleme im ambulanten und stationären Bereich, den gesellschaftlichen Entwicklungen und den gesundheitspolitischen und tarifpolitischen Rahmenbedingungen werden ein Zielbild für eine künftige Versorgungslandschaft und mögliche Handlungsoptionen auf Bundesebene und kantonaler Ebene dargestellt. Darauf aufbauend sollen dann konkrete Massnahmen für den Kanton Zürich erarbeitet werden. Die entsprechenden Resultate sollen bis Ende 2025 vorliegen.

Zusammengefasst verfügt der Kanton Zürich mit der Subvention von spitalambulanten Leistungen und weiteren Angeboten zur Entlastung der stationären Versorgung sowie der Möglichkeit, künftig eine Zulassungsbeschränkung einzuführen, über verschiedene Instrumente zur gezielten Förderung und punktuellen Steuerung der ambulanten Versorgung. Darüber hinaus nutzt der Kanton aktiv seine weiteren Handlungsspielräume zur Stärkung der Grundversorgung sowie ambulanter und integrierter Versorgungsmodelle, beispielsweise durch die Umsetzung einer Pflegeheimbettenplanung, die Stärkung der ärztlichen Weiterbildung im Bereich der Grundversorgung, die Erarbeitung einer neuen Strategie Palliative Care, die Förderung des EPD sowie die Umsetzung einer vorausschauenden Planung im Rahmen des Projekts «Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich 2040».

3. Schaffung von Rahmenbedingungen für weitere innovative Versorgungsmodelle

Neben der bereits bestehenden kantonalen Steuerung und Förderung ist es auch wichtig, liberale Rahmenbedingungen zu ermöglichen, damit die Leistungserbringer oder Gemeinden selber zeitgemässe und innovative Versorgungsmodelle umsetzen und sich untereinander vernetzen können. Dass im Kanton Zürich bereits heute gute Rahmenbedingungen für integrierte Versorgungsmodelle bestehen, zeigt die starke Zunahme von privatrechtlichen Hausarztärztinnen und -ärzten wie beispielsweise die Ärztenetze mediX, in denen Haus- oder Kinderärztinnen und -ärzte erste Ansprechpersonen für Patientinnen und Patienten sind und die Versorgung zusammen mit spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, Spitex, Pflegeheimen, Spitälern und anderen Akteurinnen und Akteuren im Gesundheitswesen koordinieren.

Ein weiteres Beispiel für eine erfolgreiche, private Initiative im Bereich der integrierten Versorgung ist das Projekt «Alters- und Gesundheitsstrategie» des Bezirks Affoltern. Im Rahmen dieses Projekts haben sich 2019 alle 14 Bezirksgemeinden und verschiedene relevante Institutionen (Spital, Spitex, Pflege usw.) zusammengeschlossen, um sich gemeinsam den Themen Gesundheit, Alter und Prävention zu widmen und eine Strategie für die integrierte Versorgung im Bezirk Affoltern zu erarbeiten.

Die Gesundheitsdirektion steht zudem regelmässig im Austausch mit Krankenversicherern, Gemeinden und Leistungserbringern und hat Interesse signalisiert, weitere innovative Pilotprojekte zu unterstützen. Bis jetzt liegt aber noch kein konkreter Projektantrag vor.

4. Relevante Entwicklungen auf nationaler Ebene

Mit der Vorlage für eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS), welche die eidgenössischen Räte am 22. Dezember 2023 in der Schlussabstimmung verabschiedet haben, wird die bestehende Finanzierungsregelung fundamental umgebaut. Die Vorlage sieht im Wesentlichen vor, dass sich die Kantone künftig auch an der Finanzierung ambulanter Leistungen beteiligen, indem ambulante und stationäre Leistungen gleichermassen durch die Kantone und die OKP finanziert werden. Zurzeit läuft noch bis Mitte April die Referendumsfrist. Die Übergangsbestimmungen sehen vor, dass die neue Finanzierungsregelung am 1. Januar, der auf den Ablauf von drei Jahren nach dem Ablauf der Referendumsfrist bzw. nach der Volksabstimmung folgt, in Kraft tritt. Frühestens tritt EFAS somit auf den 1. Januar 2028 in Kraft, die Pflegeleistungen werden vier Jahre später in die einheitliche Finanzierung integriert. Zugleich wird eine Ablösung von TARMED durch den neuen Einzelleistungstarif TARDOC und/oder ambulante Pauscha-

len angestrebt. Wenn der Bundesrat im ersten Halbjahr 2024 seinen Genehmigungsgesetz fällt, könnte der TARDOC am 1. Januar 2025 in Kraft treten. Sowohl die Umsetzung von EFAS als auch die Einführung einer neuen Tarifstruktur werden Auswirkungen auf das Angebot im ambulanten Bereich haben. Das AFG hat zum Thema EFAS eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche die Auswirkungen analysiert und eine Planung erstellt, wie die Vorlage im Kanton umgesetzt werden kann.

Im Rahmen des 2. Massnahmenpakets zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen diskutieren die eidgenössischen Räte zudem über die Einführung von sogenannten Netzwerken zur koordinierten Versorgung. Solche Netzwerke würden es verschiedenen Leistungserbringern wie beispielsweise Ärztinnen und Ärzten oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ermöglichen, ihre Leistungen und auch den Koordinationsaufwand zusammen abzurechnen. Es gilt, die Entwicklung auf Bundesebene abzuwarten, um allfällige kantonale Massnahmen darauf ausrichten zu können.

5. Fazit

Wie die vorliegenden Ausführungen zeigen, verfügt der Kanton Zürich über eine hochstehende Gesundheitsversorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich und fördert in seinem Zuständigkeitsbereich aktiv innovative ambulante und integrierte Versorgungsmodelle. Das Gesundheitswesen insgesamt steht aber vor einem grossen Umbruch. Die Herausforderungen in den kommenden Jahren sind zahlreich: Die Pensionierung von Hausärztinnen und Hausärzten aus der Babyboomer-Generation, aber auch der Mangel im Nachwuchsbereich führen dazu, dass immer mehr Arztpraxen schliessen müssen und sich die Situation bei den Grundversorgern, insbesondere in ländlichen Regionen, zuspitzen wird. Auch die Spitäler geraten angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Bedingungen (Teuerung, Fachkräftemangel, Tarife) finanziell immer stärker unter Druck.

Im Kanton Zürich sind bereits verschiedene Projekte eingeleitet worden, um diese Herausforderungen zu meistern. Dazu gehört z. B. die Stärkung der ärztlichen Weiterbildung im Bereich der Grundversorgung, die Erarbeitung einer neuen Strategie Palliative Care, die Pflegeheimbettenplanung, die Förderung des EPD sowie die Umsetzung einer vorausschauenden Planung im Rahmen des Projekts «Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich 2040». Hinzu kommt die Revision des Gesundheitsgesetzes, mit der die Grundlagen für eine zeitgemässe Leistungserbringung im Zürcher Gesundheitswesen in den kommenden Jahren geschaffen werden.

Daneben ist aber auch auf Bundesebene vieles im Umbruch und die Rahmenbedingungen für die Kantone werden sich in den nächsten Jahren grundlegend ändern. Durch das grosse nationale Reformprojekt EFAS wird die bestehende Finanzierungsregelung fundamental umgebaut. Gleichzeitig kann EFAS durch den Abbau bestehender Fehlanreize in der Finanzierung die Attraktivität von integrierten Versorgungsmodellen weiter erhöhen. Auch die Einführung einer neuen Tarifstruktur wie TARDOC und/oder ambulante Pauschalen wird Auswirkungen auf das ambulante Versorgungsangebot haben.

Mit der Umsetzung der bereits in Angriff genommenen kantonalen Projekte soll dafür gesorgt werden, dass die Grundversorgung gestärkt und Angebote der ambulanten und teilstationären Grundversorgung sowie integrierte Versorgungsmodelle auch in Zukunft im ganzen Kantonsgebiet bedarfsgerecht und gut zugänglich vorhanden sind. Auch die Umsetzung der nationalen Reformprojekte wie EFAS wird einen Beitrag zur weiteren Förderung der ambulanten und integrierten Versorgung leisten. Damit wird auch dem Legislaturziel RRZ 4 des Regierungsrates entsprochen, das den Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung mit einem besonderen Fokus auf die Stärkung der von Unterversorgung betroffenen Bereiche legt (vgl. RRB Nr. 871/2023).

6. Antrag

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, das Postulat KR-Nr. 368/2021 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:	Die Staatsschreiberin:
Mario Fehr	Kathrin Arioli