

4295

**Bericht und Antrag
des Regierungsrates
an den Kantonsrat**

KR-Nr. 286/2003
KR-Nr. 287/2003

- a) zum Postulat KR-Nr. 286/2003 betreffend Überprüfung der Spitalliste**
- b) zum Postulat KR-Nr. 287/2003 betreffend verbesserte Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Spitälern**

(vom 23. November 2005)

A. Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 1. Dezember 2003 folgendes von Kantonsrat Dr. Oskar Denzler, Winterthur, Kantonsrätin Blanca Ramer-Stäubli, Urdorf, und Kantonsrat Jürg Leuthold, Aeugst a. A., am 22. September 2003 eingereichte Postulat zu Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird gebeten, die Spitalliste dahingehend zu überprüfen, dass der kantonale Versorgungsauftrag im stationären Bereich optimiert werden kann. Insbesondere soll sichergestellt werden, dass alle Anbieter im Gesundheitswesen bei derselben Qualität und Wirtschaftlichkeit gleich behandelt werden.

B. Der Kantonsrat hat dem Regierungsrat am 1. Dezember 2003 folgendes von Kantonsrat Dr. Oskar Denzler, Winterthur, sowie den Kantonsrätinnen Blanca Ramer-Stäubli, Urdorf, und Theresia Weber-Gachnang, Uetikon a. S., am 22. September 2003 eingereichte Postulat zur Berichterstattung und Antragstellung überwiesen:

Der Regierungsrat wird gebeten zu überprüfen, wie die Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privaten Spitälern verbessert werden kann. Insbesondere geht es um die bessere Nutzung vorhandener teurer medizinischer Geräte und Einrichtungen.

Der Regierungsrat erstattet hierzu folgenden Bericht:

A. Die verschiedenen Leistungserbringer der stationären akutmedizinischen Versorgung im Kanton Zürich können in drei Gruppen von Spitälern eingeteilt werden:

- Kategorie 1: Die Gruppe der Spitäler mit öffentlicher Trägerschaft; dazu zählen einerseits die Kantonsspitäler in Zürich (Universitäts-spital) und Winterthur (Kantonsspital) und andererseits die Gemeinde- bzw. Zweckverbandsspitäler (die Spitäler Affoltern, Bülach, GZO Wetzikon, Limmattal, Männedorf, Uster, Triemli und Waid).
- Kategorie 2: Die Gruppe der grundsätzlich gemeinnützigen, nicht gewinnorientierten Privatspitäler; diese Gruppe umfasst sowohl Grundversorgungsspitäler als auch spezialisierte Kliniken, wie z.B. die von Stiftungen getragenen Spitäler Sanitas, Zimmerberg, Zollikerberg und Kinderspital Zürich sowie die Zürcher Höhenkliniken in Wald und Davos, die von einem Verein geführte Orthopädische Universitätsklinik Balgrist; die Klinik Schlössli AG und das Sanatorium Kilchberg.
- Kategorie 3: Die Gruppe der gewinnorientierten Privatspitäler; diese Gruppe umfasst jene Kliniken, die in aller Regel nur zusatz-versicherte Patientinnen und Patienten betreuen und dafür keine Beiträge der öffentlichen Hand erhalten.

Art. 39 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG, SR 832.10) verpflichtet die Kantone zur Planung einer bedarfsgerechten Versorgung und den Erlass einer entsprechenden Spitalliste. Private Trägerschaften sind dabei angemessen in die Planung mit einzubeziehen. Der Kanton Zürich führt seit Jahrzehnten eine Krankenhaus-Bedarfsplanung, die periodisch überarbeitet und den veränderten Rahmenbedingungen entsprechend angepasst wurde. Für die erste Zürcher Akutspitalliste vom 1. Januar 1998 (Spitalliste 1998) stützte sich die Gesundheitsdirektion auf die teilweise überarbeitete Zürcher Krankenhausplanung von 1991. Die Spitalliste wurde seither verschiedentlich in einzelnen Punkten revidiert. Bereits bei ihrer Verabschiedung 1998 wurden, der bundesrechtlichen Vorgabe entsprechend, Spitäler mit privaten Trägerschaften nicht nur in die Planung mit einbezogen, sondern in wesentlichem Umfang auch auf der Spitalliste berücksichtigt. Die Spitalliste 1998 unterscheidet allgemein zwischen Spitälern mit einer umfassenden Zulassung für grundversicherte und zusatzversicherte Patientinnen und Patienten (Spitalliste A) und Spitälern ohne Zulassungsberechtigung zur Behandlung von nur grundversicherten Patientinnen und Patienten zu Lasten der Grundversicherung (Spitalliste B). Auf der Spitalliste A sind sämtliche Spitäler der Kategorien 1 und 2, das heisst die vom Kanton und den Gemeinden betriebenen Krankenhäuser sowie die gemeinnützigen Privatspitäler, aufgenommen. Bei diesen Spitälern teilen sich die Krankenversicherer einerseits sowie Staat und Gemeinden andererseits in die Finanzierung. All diesen Spitälern ist gemeinsam, dass sie sich

schon vor Erlass der Spitalliste durch Führung von Allgemeinabteilungen in wesentlichem Umfang auch an der Versorgung von allgemeinversicherten Patientinnen und Patienten beteiligt haben. Die gewinnorientierten reinen Privatkliniken (Kategorie 3), die traditionellerweise ohne öffentlichen Versorgungsauftrag und damit nur für Privat- und Halbprivatpatienten tätig waren, wurden bei Erlass der Spitalliste auf eine Spitalliste B aufgenommen, was ihnen ermöglicht, die Behandlungskosten für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten teilweise zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abzurechnen und sich im Übrigen weiterhin im freien Wettbewerb im Bereich der Zusatzversicherung zu betätigen. Im Bereich der Zusatzversicherung gelten bisher grundsätzlich die Regeln des freien Marktes, weshalb staatliche Auflagen zur Zusammenarbeit und gegebenenfalls zum Abbau von Überkapazitäten nach der Rechtsprechung des Bundesrates zur Zürcher Spitalliste derzeit auf kantonaler Ebene nicht zur Diskussion stehen. Die gewinnorientierten Privatspitäler haben bisher auch weder für allgemein- noch für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten Anspruch auf staatliche Subventionen; die von der öffentlichen Hand gemäss Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom 30. November 2001 und nach dem dringlichen Bundesgesetz vom 21. Juni 2002 (SR 832.14) geschuldeten Subventionsbeiträge (Sockelbeiträge der öffentlichen Hand) müssen ausschliesslich bei innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen von öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern bezahlt werden. Für die Behandlungskosten an gewinnorientierten Privatspitälern haben demgegenüber vollumfänglich die Patientinnen und Patienten bzw. wie oben dargelegt teilweise die Grundversicherer (Sockelbeiträge der obligatorischen Krankenpflegeversicherung) und im Übrigen die Zusatzversicherer aufzukommen. Die Leistung von Sockelbeiträgen der öffentlichen Hand für zusatzversicherte Patientinnen und Patienten (im Umfang, wie sie bei einer Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen oder öffentlich subventionierten Spitals anfallen würden) auch an gewinnorientierte Privatspitäler steht erst in Diskussion; entsprechende Gesetzesvorschläge werden in der laufenden KVG-Revision auf Bundesebene vorbereitet. Die spezifischen Fragestellungen sind indessen inhaltlich und politisch heftig umstritten, weil eine staatliche Subventionierung wohl auch die gewinnorientierten Privatspitäler aus Gründen der rechtsgleichen Behandlung der staatlichen Leistungsplanung mit hoheitlicher Kapazitätssteuerung unterwerfen würde. So ist im aktuellen Revisionsentwurf der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates unter anderem als Korrelat zur Zusprechung von Staatsbeiträgen an gewinnorientierte Privatspitäler vorgesehen, dass die Kantone zu regeln haben, welche

gemeinwirtschaftlichen Leistungen damit verbunden von den Privatspitälern zu erbringen sind. Auf Grund des dargelegten geltenden Rechts im KVG wäre jedoch eine solche hoheitliche Verpflichtung der gewinnorientierten Privatspitäler beispielsweise zur Führung von Allgemeinabteilungen nicht möglich. Zudem müssten gegebenenfalls zumindest im Bereiche von Allgemeinabteilungen mit Subventionsberechtigung auch bisher reine Privatspitäler denselben Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Sparprogrammen wie die Spitäler der Kategorien 1 und 2 unterworfen werden. Dies wiederum hätte eine Unterstellung unter das von der Preisüberwachung verlangte Benchmarking verbunden mit einer Offenlegung der Fallkosten zur Folge. Nachdem heute für gewinnorientierte Privatspitäler keine Offenlegungspflicht der Kostenrechnung besteht, sind direkte Kostenvergleiche mit den öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern nicht möglich.

Unter den heutigen bundesrechtlichen Voraussetzungen ist somit ein zwangsweiser Einbezug der gewinnorientierten Privatspitäler in die staatliche Leistungsplanung mit hoheitlicher Kapazitätssteuerung und gegebenenfalls auch zwingenden Abbauszenarien nicht möglich. Bei dieser Sachlage bleibt vorderhand abzuwarten, wie die Spitalfinanzierung, zu der derzeit eine parlamentarische Debatte stattfindet, auf Bundesebene geregelt wird, bevor eine umfassende Überarbeitung der Spitalplanung in Erwägung zu ziehen ist. Unabhängig von der politischen Entwicklung werden aber bereits heute institutionalisierte informelle Gespräche der Gesundheitsdirektion mit gewinnorientierten Privatspitälern geführt. Dabei findet ein gegenseitiger Austausch über strategische Ausrichtungen und grössere Projekte statt. Auf Ebene der Spitäler finden sodann bei Bedarf regelmässig gegenseitig Verlegungen und Zuweisungen von Patientinnen und Patienten statt. Über diese gut funktionierende Basiszusammenarbeit hinaus sind im gegenseitigen Einvernehmen auch verbindliche Leistungsaufträge an gewinnorientierte Privatspitäler durchaus möglich. So hat die Gesundheitsdirektion in der Zürcher Spitalliste 1998 der Klinik Im Park einen auf das Fachgebiet Neuroendokrine Chirurgie beschränkten bzw. an die Person des in diesem Spezialgebiet tätigen Spezialisten gebundenen Leistungsauftrag erteilt, der inzwischen ausgelaufen ist, da der fragliche Chirurg das Ruhestandsalter erreicht hat. Ein weiterer, noch laufender Leistungsauftrag aus dem Jahre 2003 regelt den Miteinbezug der Kliniken Hirslanden und Im Park in die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten im Bereiche der grossen Gefässchirurgie.

B. Auch im Bereich der Anschaffung, des Betriebs und des Einsatzes von medizinischen «Grossgeräten» stellt sich hinsichtlich Zusammenarbeit zwischen kantonalen, subventionierten Spitälern und gewinnorientierten Privatkliniken eine ähnliche Problematik. Als medizinische Grossgeräte gelten Gerätesysteme mit Beschaffungskosten ab etwa einer Million Franken, die meist nicht durch einen einzelnen Arzt oder eine Ärztin, sondern durch ganze Teams von spezialisiertem ärztlichem, technischem und pflegerischem Fachpersonal bedient werden. Im Wesentlichen sind dazu folgende Anlagen zu zählen:

- in der diagnostischen Radiologie die Computer- (CT) und Magnetresonanztomographie-Anlagen (MRT),
- in der diagnostischen und interventionellen Kardiologie die Linksherzkathetermessplätze (LHK),
- in der diagnostischen Nuklearmedizin die Positronen-Emissions-Tomographie-Anlagen (PET),
- in der radio-onkologischen Strahlentherapie die Linearbeschleuniger und das so genannte «Gamma Knife».

Solche Grossgeräte werden im stationären und ambulanten Bereich sowohl in kantonalen und staatsbeitragsberechtigten Spitälern als auch in gewinnorientierten Privatspitälern eingesetzt. Zudem erbringen auch private ambulante Arztpraxen diagnostische und therapeutische Leistungen mit medizinischen Grossgeräten. Bestimmte Verfahren werden allerdings kantonsweit nur von einzelnen Leistungserbringern angeboten. Für die Versorgung der Bevölkerung stehen im Kanton Zürich derzeit folgende medizinische Grossgeräte zur Verfügung:

Art der Anlage	Stationär und ambulant						Nur ambulant		Total	
	Kantons– spitäler		Subv. Spitäler (nur subv. Anlagen)		Private Röntgen– institute*		Privatpraxen*		Kanton ZH	
	lst	geplant	lst	geplant	lst	geplant	lst	geplant	lst	geplant
CT-Anlagen	7	1	10	0	2	0	9	0	28	1
MR-Anlagen	5	1	5	1	5	0	11	2	26	4
LHK-Anlagen	3	1	3	0	3	0	0	0	9	1
PET-Anlagen	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Linearbeschleuniger	6	0	3	0	0	1	0	0	9	1
Gamma Knife	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0

* Für Privatspitäler und private Röntgeninstitute besteht heute keine Meldepflicht von Grossgeräten. Für die Angaben zu deren Gerätebestand kann deshalb keine Gewähr übernommen werden.

Die beschriebenen, heute installierten und geplanten Gerätekapazitäten öffentlicher und privater Anbieter genügen zur Deckung der Nachfrage. Es bestehen keine längeren Wartezeiten. Eine staatliche Planung ist auf Grund der eingangs geschilderten Rechtslage auch im Bereich der Grossgeräte nur bei kantonalen und subventionierten Kliniken möglich. Bei den gewinnorientierten Privatkliniken und den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten richtet sich das Angebot nach marktwirtschaftlichen Prinzipien. Anzumerken ist aber, dass auch hier die staatliche Planung für die öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler unter Berücksichtigung der Kapazitäten aller Anbieter erfolgt.

Gestützt auf diesen Bericht beantragt der Regierungsrat dem Kantonsrat, die Postulate KR-Nrn. 286/2003 und 287/2003 als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates

Die Präsidentin:	Der Staatsschreiber:
Fierz	Husi