



An den Grossen Rat

16.5551.02

GD/P165551

Basel, 8. Februar 2017

Regierungsratsbeschluss vom 7. Februar 2017

Schriftliche Anfrage Thomas Gander betreffend „Operations-Vorgaben“ und Bonuszahlungen an Ärzte/Ärztinnen von Spitälern, die auf der Spitalliste aufgeführt sind

Das Büro des Grossen Rates hat die nachstehende Schriftliche Anfrage Thomas Gander dem Regierungsrat zur Beantwortung überwiesen:

„Die NZZ am Sonntag thematisierte in einem Artikel (Ist das wirklich alles nötig? NZZaS 30.10.2016) den Spagat zwischen dem Wohl des Patienten und dem Profit von Ärzten, Spitalbetreibern und Pharmaindustrie.

Gerne stelle ich dem Regierungsrat diesbezüglich folgende Fragen und bedanke mich für die Beantwortung.

Gibt es auf der Spitalliste (es kann zwischen öffentlichen und privaten Spitälern unterschieden werden) unseres Kantons:

- a. Spitälern, die ihren Ärzten und/oder der Disziplin Zielgrössen vorgeben, wie viele Operationen sie pro Jahr zu tätigen haben? Ich bitte um eine Auflistung der Spitälern, die solche Vorgaben machen und die, die solche Vorgaben nicht machen.
- b. Falls Spitälern Vorgaben machen, welche Konsequenzen tragen die Ärzte/Ärztinnen, wenn diese Vorgaben nicht erfüllt werden?
- c. Falls Spitälern Zielgrössen vorgeben, gibt es aus Sicht des Kantons eine direkte Verbindung mit den Fallzahlvorgaben, die als Bedingung für die Aufnahme auf die Spitalliste gelten?
- d. Gibt es Spitälern auf der Spitalliste (falls ja, bitte um eine Auflistung inkl. öffentlicher und privater Spitälern), die einen Bonus den Ärzten auszahlen, falls eine Benchmark an Operationen erreicht oder übertroffen wird?
 - Falls ja, wie hoch sind diese Bonuszahlungen bzw. welcher Schlüssel wird angewendet?
 - Sind diese Bonuszahlungen in einem Bonusreglement geregelt, für den Kanton einsehbar und werden diese versteuert?
- e. Was hält der Regierungsrat von der Möglichkeit, Bonuszahlungen auf Basis von Anzahl Operationen in den Leistungsvereinbarungen zu verbieten?
- f. Was hält der Regierungsrat von der Tatsache, dass der DRG Katalog jedes Jahr angepasst wird? Sollte hier nicht besser eine Anpassung alle 2 Jahre angestrebt werden?
- g. Wie verhalten sich die Kostenentwicklungen allgemein seit Einführung der DRG? Sind Einsparungen in den Kosten für den Regierungsrat ersichtlich oder generiert das DRG System eher Mehrkosten?
- h. Wie verhindern die Spitälern (öffentliche und private) unseres Kantons eine Überversorgung von Patienten und hat der Kanton Instrumente, um eine Überversorgung zu erkennen?

- i. Welche Massnahmen ergreift das Gesundheitsdepartement, um Patienten vor einer Überversorgung und überflüssigen Eingriffen zu schützen?
- j. Wie fördert das Gesundheitsdepartement eine Kultur in den Spitälern, die es erlaubt den Tod eines Patienten vs. "noch mehr machen" offen innerhalb der Ärzteschaft und mit den Patienten zu diskutieren?

Thomas Gander“

Wir beantworten diese Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Allgemeines

Im Bereich der Vergütung der Mitarbeitenden verfügen die Spitäler über betriebliche Autonomie und Eigenverantwortung. Im Bereich Entlohnung besteht durchaus ein gewisser Wettbewerb unter den Spitälern. Dieser darf jedoch nicht dazu führen, dass es wegen Fehlanreizen, wie z.B. Bonuszahlungen aufgrund von Zielvorgaben, zu einer Über- oder gar Fehlversorgung kommt.

Der Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft (FMH) lehnt zielbezogene Boni im Gesundheitswesen klar ab. Die FMH hat hierzu bereits im Jahr 2013 ein Positionspapier erstellt¹. Das Positionspapier stützt sich auf die ärztliche Standesordnung vom 1. Juli 1997.

2. Zu den einzelnen Fragen

2.1 Gibt es auf der Spitalliste (es kann zwischen öffentlichen und privaten Spitälern unterschieden werden) unseres Kantons:

a) Spitäler, die ihren Ärzten und/oder der Disziplin Zielgrössen vorgeben, wie viele Operationen sie pro Jahr zu tätigen haben? Ich bitte um eine Auflistung der Spitäler, die solche Vorgaben machen und die, die solche Vorgaben nicht machen.

Von den auf der Spitalliste des Kantons Basel-Stadt stehenden Spitälern haben innert Frist 22 von 26 der angeschriebenen Spitäler geantwortet. Keines dieser Spitäler macht Zielvorgaben für eine Anzahl von Operationen. Im Rahmen des Budgetprozesses müssen die Spitäler jedoch Zielgrössen festlegen. Diese orientieren sich in der Regel an der Anzahl zu behandelnder Patienten pro Fachbereich.

b) Falls Spitäler Vorgaben machen, welche Konsequenzen tragen die Ärzte/Ärztinnen, wenn diese Vorgaben nicht erfüllt werden?

Siehe Antwort zur Frage a).

c) Falls Spitäler Zielgrössen vorgeben, gibt es aus Sicht des Kantons eine direkte Verbindung mit den Fallzahlvorgaben, die als Bedingung für die Aufnahme auf die Spitalliste gelten?

Nein, diese direkte Verbindung gibt es nicht. Die Klinik Le Noirmont, welche als einzige Klinik zurückgemeldet hat, dass Boni von zwei Chefärzten an Jahresziele geknüpft sind, ist auf der baselstädtischen Spitalliste aufgrund ihrer sehr guten und bedarfsgerechten Leistungen in der kardiologischen Rehabilitation. Im Rehabilitationsbereich bestehen von Seiten des Kantons keine Vorgaben von Mindestfallzahlen. Mindestfallzahlen für die Erteilung bestimmter Leistungsaufträge

¹ http://www.fmh.ch/files/pdf14/Boni_-_die_Position_der_FMH_SAEZ_2013_51-522.pdf

fordert der Kanton schwergewichtig bei den chirurgisch-operativen Fächern. Diese stehen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung.

d) Gibt es Spitäler auf der Spitalliste (falls ja, bitte um eine Auflistung inkl. öffentlicher und privaten Spitälern), die einen Bonus den Ärzten auszahlen, falls eine Benchmark an Operationen erreicht oder übertroffen wird?

- Falls ja, wie hoch sind diese Bonuszahlungen bzw. welcher Schlüssel wird angewendet?
- Sind diese Bonuszahlungen in einem Bonusreglement geregelt, für den Kanton einsehbar und werden diese versteuert?

Siehe Antwort zur Frage a).

e) Was hält der Regierungsrat von der Möglichkeit, Bonuszahlungen auf Basis von Anzahl Operationen in den Leistungsvereinbarungen zu verbieten?

Der Regierungsrat sieht in Bonuszahlungen, welche an direkte Leistungsziele (Erreichung von bestimmten Fallzahlen oder Case Mix-Punkten durch unnötige Operationen) geknüpft sind, einen Fehlanreiz für eine unnötige Mengenausweitung und – wie die FMH – auch ein ethisches Problem. Aufgrund der Resultate der Umfrage bei den Spitälern auf der Spitalliste besteht aus Sicht des Regierungsrates jedoch kein Handlungsbedarf. Das Gesundheitsdepartement wird die Spitäler auf der Spitalliste des Kantons Basel-Stadt im Rahmen des Vollzugs des Krankenversicherungsgesetzes sowie im Rahmen der Erneuerung der Leistungsvereinbarungen und Leistungsaufträge erneut zur Thematik befragen.

f) Was hält der Regierungsrat von der Tatsache, dass der DRG Katalog jedes Jahr angepasst wird? Sollte hier nicht besser eine Anpassung alle 2 Jahre angestrebt werden?

Eine jährliche Anpassung des DRG-Katalogs ist zu begrüssen und ermöglicht es, die Kostengenauigkeit durch notwendige Korrekturen im System noch weiter zu erhöhen. Mittel- bis längerfristig ist mit einer Stabilität zu rechnen.

g) Wie verhalten sich die Kostenentwicklungen allgemein seit Einführung der DRG? Sind Einsparungen in den Kosten für den Regierungsrat ersichtlich oder generiert das DRG System eher Mehrkosten?

Die nachstehende Übersicht zeigt die Kostenentwicklung seit Einführung der diagnosebezogenen Fallgruppen DRG.

Kosten stationärer, akutsomatischer inner- und ausserkantonaler SwissDRG-Fälle von Einwohner/-innen des Kantons BS	2012	2013	2014	2015	Veränderung Vorjahre		
	Mio. Franken				2012/13	2013/14	2014/15
Kantonsbeitrag stationäre Spitalbehandlung KVG (55%)	189.2	191.5	196.7	200.1	1.2%	2.7%	1.7%
Gesamtkosten KVG (100%)	344.0	348.2	357.6	363.8			

Quelle: Abrechnungssystem Bereich Gesundheitsversorgung Basel-Stadt

Die nachstehende Übersicht zeigt die Mengenentwicklung seit Einführung der DRG.

Menge stationärer, akutsomatischer inner- und ausserkantonaler SwissDRG-Fälle von Einwohner/-innen des Kantons BS	2012	2013	2014	2015	Veränderung Vorjahre		
					2012/13	2013/14	2014/15
Case Mix	33'036	33'785	34'804	35'603	2.3%	3.0%	2.3%
Fälle	31'241	31'889	32'561	32'599	2.1%	2.1%	0.1%

Quelle: Abrechnungssystem Bereich Gesundheitsversorgung Basel-Stadt

Wie die beiden Tabellen zeigen, haben seit Einführung der DRG im Jahr 2012 sowohl die Fallzahlen als auch der so genannte Case Mix (Summe der effektiven Kostengewichte der einzelnen Fälle) zwischen 0% und 3% zugenommen. Die Kostenentwicklung ist im Vergleich zur Mengenentwicklung leicht tiefer. Es kann daher aufgrund der Einführung der DRGs weder von Einsparungen noch von Mehrkosten gesprochen werden.

h) Wie verhindern die Spitäler (öffentliche und private) unseres Kantons eine Überversorgung von Patienten und hat der Kanton Instrumente, um eine Überversorgung zu erkennen?

Gemäss den Rückmeldungen der Spitäler haben diese kein Interesse an einer Überversorgung. Es liegt auf der Hand, dass Spitäler Planungssicherheit benötigen und daher im Rahmen des Budgetprozesses Zielvorgaben machen. Ein Spital hat betont, dass es zur Vermeidung einer Überversorgung auf eine interdisziplinäre Diagnosestellung setzt und eine konservative Haltung bezüglich Eingriffen vertritt. Ein weiteres Spital sensibilisiert intern für das Thema „Verhinderung Überversorgung“.

Im Rahmen des Versorgungsmonitorings des Kantons Basel-Stadt werden unter anderem die Daten der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser des Bundesamts für Statistik (BFS) für die genaue Analyse der Versorgungssituation im Kanton Basel-Stadt verwendet. Diese Datenauswertungen dienen letztlich dazu, eventuell auftretende Über-, Unter- oder Fehlversorgungen frühzeitig erkennen und beheben zu können, damit der baselstädtischen Wohnbevölkerung auch weiterhin der Zugang zu einem qualitativ hochstehenden und bedarfsgerechten Versorgungssystem gewährleistet werden kann.

i) Welche Massnahmen ergreift das Gesundheitsdepartment, um Patienten vor einer Überversorgung und überflüssigen Eingriffen zu schützen?

Die Arzt-Patient-Beziehung soll sich auf die informierte Einwilligung des Patienten (so genannter Informed consent), d.h. die Einwilligung für Eingriffe und medizinische Behandlungen nach erfolgter Aufklärung, stützen.

Definitionsgemäss ist eine Überversorgung dann gegeben, wenn von Patienten Versorgungsleistungen in Anspruch genommen werden, für die es keinen objektiven Bedarf gibt. In diesem Zusammenhang kommt der Indikationsqualität in der Gesundheitsversorgung eine grosse Bedeutung zu. Wie in dem in der vorliegenden schriftlichen Anfrage zitierten Artikel der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ) am Sonntag vom 30. Oktober 2016 erwähnt, stellt sich seit dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung und der damit verbundenen Einführung von diagnosebezogenen Fallgruppen (SwissDRG) am 1. Januar 2012 insbesondere bei den elektiven Eingriffen wie Hüft- und Knieoperationen die Frage nach marktgetriebenen Mengenausweitungen. Dabei gilt es zu beach-

ten, dass die demografische Entwicklung der Bevölkerung zweifelsohne zur Zunahme der jährlichen Implantationszahlen beiträgt.

Um den medizinischen Nutzen sowie annäherungsweise die Indikations- und Ergebnisqualität von Hüft- und Knieoperationen bestimmen zu können, werden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Bern seit dem 24. Oktober 2016 bei Patienten, die eine Erstimplantation oder Revision einer Hüft- oder Knieprothese in einem baselstädtischen Spital erhalten, die Schmerzintensität, Funktion, Zufriedenheit und Lebensqualität präoperativ und sechs bzw. 24 Monate nach der Operation mithilfe eines validierten Patientenfragebogens (Core Outcome Measures Index [COMI]) erhoben. Eine Kurzbeschreibung des geplanten COMI-Projekts wurde am 9. Dezember 2015 in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ) publiziert².

j) Wie fördert das Gesundheitsdepartement eine Kultur in den Spitälern, die es erlaubt den Tod eines Patienten vs. "noch mehr machen" offen innerhalb der Ärzteschaft und mit den Patienten zu diskutieren?

Der Kanton Basel-Stadt greift nicht in die betriebliche Führung der Spitäler ein. So liegen Behandlungs- und Betreuungskonzepte der Patientinnen und Patienten in der Eigenverantwortung der Spitäler. Im Rahmen des Qualitätswettbewerbs stehen die Spitäler in der Pflicht, ihre Leistung qualitativ gut zu erbringen. Dies bedeutet u.a. auch gezielte Investitionen in die Aus- und Weiterbildung des Personals und somit auch die Vermeidung einer Über- und Fehlversorgung.

Eine wissenschaftliche Studie im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms Lebensende hat festgestellt, dass aus ärztlicher Sicht die Frage „wann ist genug“ nur unbefriedigend gelöst ist³. Hier besteht noch Bedarf an einer weiteren Sensibilisierung der Ärzteschaft. Es sind jedoch Fortschritte in der besseren Verankerung von Palliative Care in den Spitälern festzustellen und Palliative Care ist mittlerweile in der Schweiz Bestandteil der ärztlichen Curricula.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatsschreiberin

² Indra P, Al-Deb`i A, Egger A, Röder C. Auf der letzten Meile zum Patienten. Die 4. Qualitätsdimension: Indikationsqualität von Hüft- und Knie-Totalendoprothesen im Kanton Basel-Stadt. Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ), 2015;96(50–51):1849-1851

URL: <http://www.saez.ch/docs/saez/2015/5051/de/SAEZ-04163.pdf> [Zugriff: 02.01.2017]

³ Beck K, Von Wyl V, Telser H, Fischer B (2015); Kosten und Nutzen von medizinischen Behandlungen am Lebensende. Universität Zürich, Polynomics, CSS Institute