

Sitzung vom 27. März 2019

**272. Anfrage (Ist die Zwangsförderung der ambulanten Behandlung
[Vorlage 5293] eine unzulässige Sparübung?)**

Kantonsrat Kaspar Bütikofer und Kantonsrätin Esther Guyer, Zürich, haben am 14. Januar 2019 folgende Anfrage eingereicht:

Das Aargauer Verwaltungsgericht hat die Spitalverordnung des Kantons Aargau mit Entscheid vom 5. Dezember teilweise aufgehoben. In dieser Spitalverordnung bezeichnete der Regierungsrat 13 Behandlungen und Untersuchungen, die in den Spitälern grundsätzlich ambulant durchzuführen sind.

Das Verwaltungsgericht kam zum Schluss, dass es einzig dem Bund obliege, stationäre Behandlungs- und Untersuchungsmethoden zu bezeichnen, deren Kosten nicht oder nur unter bestimmten Voraussetzungen vom Kanton und den Versicherern zu tragen seien. Den Kantonen stehe es nicht zu, ihre Kostenpflicht eigenständig einzuschränken. Eine Ausnahme bestehe einzig dort, wo die Kontrolle im Einzelfall ergab, dass der Eingriff nicht den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit entsprach.

Eine ähnliche Regelung ist auch im Kanton Zürich in Kraft. Auch hier wurde aus Spargründen eine Reihe von Behandlungen bezeichnet, welche die Spitäler ambulant zu erbringen haben.

Wir bitten den Regierungsrat um Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie beurteilt der Regierungsrat den Entscheid des Aargauer Verwaltungsgerichts?
2. Welche Auswirkungen kann der Entscheid für den Kanton Zürich haben?
3. Teilt der Regierungsrat die Einschätzung des Aargauer Verwaltungsgerichtes wonach
 - a) es den Kantonen nicht zustehe, Behandlungs- und Untersuchungsmethoden zu bezeichnen, bei denen der Kanton seine Kostenpflicht einschränkt? Und
 - b) der Kanton der Strategie «ambulant vor stationär» lediglich im Rahmen seiner Kontrollfunktion in der Einzelfallprüfung zum Durchbruch verhelfen kann?
4. Welche Massnahmen leitet der Kanton Zürich aus dem Aargauer Verwaltungsgerichtentscheid ab?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion
beschliesst der Regierungsrat:

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

Zu Fragen 1 und 2:

Die Diskussion um invasive medizinische Eingriffe, die grundsätzlich ambulant durchgeführt werden können und deshalb aus Kostengründen nicht stationär erfolgen sollen, hat in der Schweiz im Gegensatz zum europäischen Ausland erst spät eingesetzt. Eine Vorreiterrolle haben hier die Kantone Luzern und Zürich eingenommen, die beide 2017 eine identische, in Zürich auf den 1. Januar 2018 in Kraft gesetzte Liste von 13 grundsätzlich ambulant durchzuführenden Eingriffen erliessen. Der Bund zog etwas später mit einer auf sechs Positionen verkürzten Eingriffsliste nach, bei denen die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten einer stationären Behandlung nur übernehmen darf, wenn die ambulante Durchführung aufgrund besonderer Umstände den Patientinnen und Patienten nicht zugemutet werden kann (Art. 3c Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV, SR 832.112.31). Die infrage kommenden besonderen Umstände sind in der KLV aufgezählt (Anhang 1a Ziff. II). Macht ein Spital einen weiteren, in der Aufzählung nicht aufgeführten besonderen Umstand geltend, muss das Spital eine Kostengutsprache des Versicherers einholen. Mit dieser Regelung hat der Bund bei Behandlungen gemäss seiner eigenen Eingriffsliste die Prüfung der in Art. 32 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG, SR 832.10) verankerten WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) konkretisiert: Wenn ein besonderer Umstand gemäss Aufzählung in Anhang 1a Ziff. II KLV vorliegt, ist die stationäre Behandlung zu vergüten. Versicherer oder Kantone können in diesen Fällen nicht geltend machen, die stationäre Durchführung sei unwirtschaftlich. Umgekehrt führt die Eingriffsliste des Bundes aber nicht dazu, dass die Versicherer und Kantone bei allen anderen, dort nicht aufgeführten Behandlungen keine WZW-Prüfung mehr durchführen dürfen. Bei den in der Bundesliste nicht aufgeführten Behandlungen dürfen und müssen die Versicherer und Kantone die in Art. 32 KVG verankerten WZW-Kriterien anwenden und die Vergütung der Behandlung verweigern, wenn sie nicht wirtschaftlich oder zweckmässig war bzw. wenn sie ambulant hätte durchgeführt werden können. Auch Art. 56 Abs. 1 KVG hält ausdrücklich fest, dass sich die Leistungen der Leistungserbringer auf das zu beschränken haben, was «im Interesse der Versicherten liegt und für den Behandlungszweck erforderlich ist».

Die Gesundheitsdirektion hat sich nach der Veröffentlichung des Urteils des Verwaltungsgerichts des Kantons Aargau vom 5. Dezember 2018 (WNO.2018.1) mit den Erwägungen des Gerichts befasst und geprüft, ob das Urteil Auswirkungen auf die Zürcher Regelung haben könnte. Sie hat dies verneint. Der Regierungsrat teilt diese Auffassung. Das Gericht hat die vom Regierungsrat des Kantons Aargau auf Verordnungsstufe erlassene Liste mit Behandlungen aufgehoben, bei denen sich der Kanton Aargau nur noch an den Kosten einer bestimmten Anzahl von stationären Aufenthalten beteiligt hätte. Die Behandlungskosten hätten dem Kanton Aargau zurückerstattet werden müssen, wenn die Anzahl der stationären Eingriffe einen bestimmten, jährlich zum Voraus für jede gelistete Behandlung separat festgelegten Prozentsatz überschritten hätte. Die Einhaltung dieses Prozentsatzes wäre vom Departement Gesundheit und Soziales des Kantons Aargau anhand von Patientenunterlagen überprüft worden.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Aargau erklärte die Aargauer Liste nicht deshalb für ungültig, weil sie wie die Zürcher und die Luzerner Liste Eingriffe aufführte, die der Bund nicht gelistet hat, sondern weil sie allgemein pro Eingriff die Anzahl stationärer Behandlungen begrenzte, an die der Kanton Aargau seinen Vergütungsanteil zu leisten bereit war, und dies unabhängig davon, ob besondere Umstände im Einzelfall einen stationären Eingriff rechtfertigten oder nicht. Eine solche absolute Begrenzungsregelung kennt das Zürcher Recht nicht. Wie der Bund sieht auch § 19a des Spitalplanungs- und -finanzierungsgesetzes (SPFG, LS 813.20) vor, dass der Kanton sich immer dann an den Kosten einer stationär durchgeführten gelisteten Behandlung beteiligt, wenn besondere Umstände vorliegen, wie schwere Erkrankung oder Begleiterkrankung, Bedarf an besonderer Behandlung oder Betreuung oder besondere soziale Umstände (die Aufzählung ist nicht abschliessend). Die Spitäler trifft nach § 19a Abs. 3 SPFG bei Vorliegen von besonderen Umständen eine entsprechende Dokumentationspflicht. Sie stellen die Dokumentationen der Gesundheitsdirektion auf Verlangen zur Verfügung, sodass diese im Einzelfall überprüft werden können.

Die medizinische Statistik zur Anzahl der einzelnen Eingriffe für 2018, das erste Anwendungsjahr der neuen Zürcher Regelung «ambulant vor stationär», wird derzeit von der Gesundheitsdirektion auf Auffälligkeiten untersucht. Sollte die Gesundheitsdirektion Abweichungen von der Norm, wie z. B. aus der Reihe fallende Häufigkeiten stationärer Durchführungen gelisteter Eingriffe, feststellen, wird sie entsprechende Patientendokumentationen einsehen und auf das Vorliegen besonderer Umstände im Sinne von § 19a Abs. 2 SPFG überprüfen.

Zu Fragen 3 und 4:

Der Regierungsrat enthält sich eines Kommentars zum Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Aargau. Wie dargelegt, ist die Zürcher Regelung nicht mit der aufgehobenen Aargauer Regelung vergleichbar. Nach geltendem Recht dürfen die Kantone auch über die Bundesliste hinausgehende Leistungen bezeichnen, deren stationäre Erbringung nur noch vergütet wird, wenn besondere Umstände vorliegen (vgl. Faktenblatt des Bundesamtes für Gesundheit vom 9. November 2018 «Regelung ambulant vor stationär», www.bag.admin.ch). Die Zürcher Regelung ist somit bundeskonsistent und verletzt insbesondere auch das KVG nicht. Der Regierungsrat hat deshalb keine Veranlassung, an der Zürcher Liste «ambulant vor stationär» etwas zu ändern.

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

Vor dem Regierungsrat
Die Staatsschreiberin:
Kathrin Arioli