



Regierungsrat

Luzern, 22. August 2017

ANTWORT AUF ANFRAGE

A 311

Nummer: A 311
Protokoll-Nr.: 883
Eröffnet: 27.03.2017 / Gesundheits- und Sozialdepartement

Anfrage Zehnder Ferdinand und Mit. über die Umsetzung der Strategie ambulant vor stationär, um generell Kosten zu senken (A 311)

Zu Frage Nr. 1: Welches sind die Auswirkungen dieser Liste?

Es gibt medizinische Leistungen, die ambulant und stationär in vergleichbarer Qualität erbracht werden können. Die Tarife sind jedoch für stationäre Behandlungen sehr viel höher als für ambulante. Beispielsweise kostet eine ambulante Arthroskopie des Knies im Schnitt 2'350 Franken. Wird der gleiche Eingriff stationär (also mit Übernachtung im Spital) gemacht, kostet er 5'250 Franken. Ist der Patient oder die Patientin Zusatzversichert, verteuert sich die stationäre Behandlung um 7'200 Franken (Halbprivat) oder gar 9'890 Franken (Privat) auf rund 15'000 Franken und ist damit rund sechsmal teurer als die ambulante Behandlung.

Für die Leistungserbringer ist dies ein Anreiz, vor allem Zusatzversicherte auch dann stationär zu behandeln, wenn eine ambulante Behandlung zum gleichen Resultat führen würde. Privatversicherte werden denn auch rund zehn Mal häufiger stationär behandelt als Allgemeinversicherte, wenn sie eine Kniearthroskopie brauchen.

Um diesen Fehlanreizen im heutigen Tarifsysteem entgegenzuwirken hat Luzern als erster Schweizer Kanton eine Liste mit Eingriffen und Behandlungen publiziert, bei denen ab Juli 2017 die Spitalbedürftigkeit im Einzelfall vertieft geprüft wird und die nur noch dann vom Kanton mitfinanziert werden, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht ambulant durchgeführt werden können.

Der Kanton Luzern rechnet aufgrund der Umsetzung dieser Massnahme jährlich mit rund 3 Millionen Franken Einsparungen. Für die Grundversicherung ist die Massnahme in etwa kostenneutral, obwohl die Kantone, bzw. die Steuerzahler, bei stationären Behandlungen 55 Prozent der Kosten übernehmen müssen und bei der ambulanten Behandlung die Krankenversicherer alleine für die Kosten aufkommen. Dies deshalb, weil ambulante Behandlungen in aller Regel höchstens halb so teuer sind wie stationäre.

Die Vermeidung unnötiger Spitalaufenthalte ist nicht nur im Interesse der Steuerzahler, sondern auch der Patientinnen und Patienten. Sie können früher nach Hause oder an den Arbeitsplatz zurückkehren. Wenn aus medizinischen Gründen ein stationärer Aufenthalt notwendig ist, ist dies selbstverständlich möglich und der Kanton beteiligt sich auch an den Kosten.

Die meisten Experten sind sich einig, dass die Formel "ambulant vor stationär" das Gesundheitswesen kurzfristig um rund 140 Millionen Franken pro Jahr entlasten könnte; langfristig

ist sogar ein Sparpotenzial von mehr als einer Milliarde Franken denkbar. Die Vermeidung unnötiger stationärer Behandlungen dient damit einem qualitativ hochstehenden und bezahlbaren Gesundheitswesens in der Schweiz.

Zu Frage Nr. 2: Führt der Kanton Luzern dies im Alleingang durch?

Der Kanton Luzern ist der erste Kanton der von den Spitälern fordert, dass sie bestimmte Eingriffe nur noch dann stationär machen, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist und der dies auch systematisch überprüft. Verschiedene andere Kantone haben bereits angekündigt, dass sie die Massnahme ebenfalls einführen wollen und auch der Bund prüft eine entsprechende Verordnungsänderung. Alle Beteiligten pflegen einen regen Austausch und Ziel ist es, am Schluss eine schweizweit möglichst einheitliche Regelung zu haben.

Zu Frage Nr. 3: Wie kann das Interesse der Krankenversicherer und der Spitäler gesteigert werden, den Prozess ambulant vor stationär voranzutreiben und somit Kosten zu sparen?

Die Krankenversicherer sind als Sozialversicherer von Gesetzes wegen verpflichtet, nur jene Leistungen zu bezahlen, die wirtschaftlich erbracht wurden. Wenn eine Leistung stationär erbracht wurde, obwohl sie bei gleicher Qualität auch ambulant hätte erbracht werden können und deswegen doppelt so viel kostet, ist dies offensichtlich nicht wirtschaftlich. Mit andern Worten haben die Krankenversicherer als Sozialversicherung den Auftrag, ambulante und deswegen wirtschaftlichere Behandlungen zu fördern. Einen speziellen Anreiz, nur wirtschaftlich erbrachte Leistungen zu bezahlen, brauchen sie nicht. Das Gesetz verpflichtet sie bereits dazu.

Die Spitäler haben aus unternehmerischer Sicht ein Interesse, die Leistung nach dem für sie besten Tarif zu erbringen. Solange für stationäre Behandlungen bessere Vergütungen vorgesehen sind, werden sie deshalb kein Interesse haben, den Prozess "ambulant vor stationär" voranzutreiben. Der Anreiz kann nur über eine verschärfte Kontrolle oder eine Änderung des Tarifs erfolgen. Am wirksamsten wäre wohl ein diagnosebezogener Tarif, der unabhängig davon gilt, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht wird.

Insbesondere von Seiten der Krankenversicherer wird immer wieder behauptet, das Problem könne gelöst werden, indem ambulante und stationäre Behandlungen gleich finanziert würden, dass sich also die Kantone auch an den ambulanten Behandlungen finanziell beteiligen sollten. Doch das Interesse der Leistungserbringer wird damit nicht verändert. Für sie spielt nur die Vergütung eine Rolle. Wer sie bezahlt, ist für sie nicht ausschlaggebend. Mit andern Worten muss also nicht die Finanzierung, sondern die Tarifierung geändert werden, um das Problem zu lösen.

Zu Frage Nr. 4: Wurde die Haftbarkeit abgeklärt?

Ob ein Eingriff aus medizinischen Gründen ambulant durchgeführt werden kann oder stationär erfolgen muss, entscheidet weiterhin der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin aufgrund der aktuellen Situation. Dieser Entscheid wird neu jedoch kontrolliert und hinterfragt. Bezüglich der Haftung ändert sich also nichts.