KANTON LUZERN

Regierungsrat

Luzern, 1. Mai 2018

ANTWORT AUF ANFRAGE A 451

Nummer: A 451
Protokoll-Nr.: 453
Eröffnet: 31.10.2017 / Gesundheits- und Sozialdepartement

Anfrage Zemp Baumgartner Yvonne und Mit. über was plant der Kanton Luzern zur Eindämmung der Gesundheitskosten? (A 451)

Zu Frage Nr. 1: Wo sieht die Regierung neben den Investitionen weitere Hauptrisiken im Bereich Spitalversorgung? Wie stellt sie sich diesen Herausforderungen? Welche Massnahmen trifft die Regierung konkret, diese Risiken einzudämmen beziehungsweise zu steuern?

Grundsätzlich dürfen wir festhalten, dass die Luzerner Spitäler und Kliniken eine hohe Qualität haben und – insbesondere im Vergleich mit andern Spitälern - wirtschaftlich gut dastehen. Die grösste Herausforderung für die Schweizer Spitalversorgung ist es, wie der Kostenanstieg bei den (vor allem ambulanten) Spitalkosten eingedämmt werden kann, die Bevölkerung gleichzeitig aber trotzdem gut versorgt ist und am medizinischen Fortschritt teilhaben kann. Hauptgründe für das Kostenwachstum im Gesundheitswesen sind einerseits die demographische Entwicklung: Die Zahl der über 80-jährigen Menschen in der Schweiz wird sich bis 2045 mehr als verdoppeln. Anderseits hat der medizinisch-technische Fortschritt auch seinen Preis: So können z.B. immer mehr Krankheiten, die früher unheilbar waren oder zum Tod führten, heute (mit zum Teil sehr teuren Therapien) behandelt oder sogar geheilt werden. Darüber hinaus ist die Kostenzunahme aber auch auf ein Mengenwachstum zurückzuführen, das sich medizinisch kaum begründen lässt: Nicht alles was von den Leistungserbringern gemacht oder von den Patientinnen und Patienten gewünscht und gefordert wird, wäre medizinisch notwendig. Bei letzterem muss der Schwerpunkt gesetzt werden.

Gefordert sind deshalb alle. Die Leistungserbringer müssen sich auf Leistungen beschränken, die medizinisch notwendig sind, und diese müssen sie nach den Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit erbringen. Auf der anderen Seite muss auch von den Patientinnen und Patienten gefordert werden, dass sie mehr Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein übernehmen. Aufgabe der Versicherer und auch teilweise der Kantone ist es, eine effektive und effiziente Kostenkontrolle durchzuführen und kostensenkende Angebote zu entwickeln und fördern. Dazu müssen vor allem falsche Anreize eliminiert und richtige Anreize geschaffen werden. Für konkrete Massnahmen vgl. die Antwort zu Frage 2.

Zu Frage Nr. 2: Zur Eindämmung der Kosten schlägt die Regierung die konsequente Umsetzung ambulant vor stationär als eine Massnahme vor. In welchen weiteren Bereichen sieht die Regierung a. in naher, b. in weiterer Zukunft das grösste Potenzial zur Reduktion der Kosten?

Wenn das Kostenwachstum nachhaltig eingeschränkt werden soll, kommen wir mittel- und langfristig nicht umhin, eine breite Diskussion darüber zu führen, welche Versorgung wir uns in Zukunft leisten wollen, bzw. welche Leistungen in keinem vernünftigen Kosten-Nutzen Verhältnis stehen und deshalb nicht mehr von der sozialen Krankenversicherung bezahlt werden sollen.

Auf kantonaler Ebene sehen wir den Handlungsspielraum vor allem in folgenden Bereichen:

- Das Spitalangebot muss noch intensiver interkantonal geplant und koordiniert werden. Hierzu müssen die kantonalen Spitalunternehmen auch Verbünde mit anderen Anbietern eingehen können, die über eine bloss vertragliche Zusammenarbeit hinausgehen. Der geplante Spitalverbund des Luzerner Kantonsspitals (LUKS) mit dem Nidwaldner Kantonsspital ist ein solches Beispiel. Die derzeitige Rechtsform der kantonalen Spitalunternehmen als Anstalten erweist sich hierzu aber als ungeeignet. Wir planen deshalb, diese in eine Aktiengesellschaft umzuwandeln. Eine Veräusserung von Aktien an Dritte ist aber nicht vorgesehen.
- Weitere Instrumente wie die verbindliche Zielvorgabe für das Kostenwachstum oder die Festsetzung eines Globalbudgets werden wir prüfen. Dazu braucht es aber noch vertiefte Abklärungen, insbesondere hinsichtlich der Konsequenzen für die Versorgung und der Praktikabilität. Für Einzelheiten verweisen wir auf die Antwort zur Anfrage Zemp Baumgartner Yvonne und Mit. über was plant der Kanton Luzern zur Eindämmung der Gesundheitskosten? (A 451)
- Wenn bei gleicher Qualität eine kostengünstigere Variante zur Verfügung steht, muss diese gewählt werden. Die Kantone und Versicherer müssen diesem Grundsatz bei der Kostenkontrolle noch mehr Beachtung schenken. Wir haben deshalb als erster Kanton bestimmte Leistungen auf eine Liste gesetzt, die in der Regel ambulant durchgeführt werden müssen. Ansonsten beteiligt sich der Kanton nicht mehr an den Kosten.
- Falsche Anreize in der Tarifierung und bei Vergütungen müssen eliminiert werden (z.B. Förderung von Fallpauschalen). Hier sind primär die Vertragspartner in der Pflicht. Der Regierungsrat als Tarifgenehmigungs- und -festsetzungsbehörde unterstützt das Vorhaben nach seinen Möglichkeiten. Wir würden es sehr begrüssen, wenn im KVG ein sogenannter Experimentierartikel geschaffen würde, damit die Kantone innovative Pilotprojekte starten könnten (z.B. Fallpauschalen für bestimmte Diagnosen, die unabhängig gelten, ob der Eingriff stationär oder ambulant erfolgte).
- Einen wichtigen Ansatz verfolgt auch die Initiative «smarter medicine». Nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen unterstützen auch Patienten- und Konsumentenorganisationen die Stossrichtung der Kampagne. Sie möchten gemeinsam die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren, dass bei gewissen Behandlungen weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten kann. Um die Initiative zu unterstützen, hat das Gesundheits- und Sozialdepartement im Frühjahr gemeinsam mit dem Trägerverein Trendtage Gesundheit Luzern einen Kongress zu diesem Thema veranstaltet. Rund 750 Teilnehmende haben den Kongress besucht.

Zu Frage Nr. 3: National wird immer wieder von einem Überangebot in der Spitalversorgung gesprochen. Auch die Luzerner Spitäler investieren umfangreich. Wie begründet die Regierung den grossen zusätzlichen Raumbedarf der Spitäler trotz immer mehr ambulanten Eingriffen, kürzeren Aufenthaltszeiten auch bei stationären Behandlungen, kürzeren Eingriffszeiten dank neuen OP-Techniken und heute teilweise leerstehenden Abteilungen?

Zunächst sei festgehalten, dass in den Fallpauschalen auch ein Investitionskostenanteil enthalten ist. Die Spitäler finanzieren und planen deshalb ihre Bauten grundsätzlich selber.

Es trifft zu, dass zurzeit in der ganzen Schweiz sehr grosse Investitionen für Spitalbauten geplant sind. Allgemein ist aber zu beachten, dass es sich bei den geplanten Neubauten in aller Regel um Ersatzbauten für ältere Gebäude handelt und der Ausbau fast ausschliesslich für

den ambulanten Bereich erfolgt. Beim stationären Angebot wird hingegen vor allem aufgrund veränderter Patientenbedürfnisse mehr Komfort geschaffen (Ein- oder Zweibettenzimmer).

Patientenbetten werden hingegen kaum neue geschaffen. Im Gegenteil ist in der Schweiz schon seit längerem ein Trend zum Bettenabbau feststellbar. In den letzten 20 Jahren wurden gesamtschweizerisch rund 8000 Spitalbetten abgebaut. Bei der Akutsomatik ging die Bettenzahl in den letzten Jahren regelmässig markant zurück. Hingegen ist sie bei der Rehabilitation und Psychiatrie in den letzten Jahren wieder leicht ansteigend. Das ist im Kanton Luzern nicht anders. Auch hier kann nicht von einem Bettenausbau gesprochen werden trotz dem Bevölkerungswachstum. Im Neubau des Spitals in Wolhusen sind wesentlich weniger Akutbetten geplant als bisher.

Verschiedene Gesundheitsökonomen gehen davon aus, dass es in der Schweiz bis 2030 sogar wieder mehr Spitalbetten brauche, und zwar 3 bis 4 Prozent mehr als heute. Dies als Folge der medizinisch-technischen Entwicklung, der demografischen Alterung sowie des Bevölkerungswachstums. Allein aufgrund dieser Faktoren würden die stationären Fallzahlen bis 2030 sogar um rund 25 Prozent zunehmen. Wegen der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, der Verkürzung der Aufenthaltsdauer und der Erhöhung der Bettenauslastung soll die Nachfrage nach stationären Betten aber lediglich 3 bis 4 Prozent steigen.

Zu Frage Nr. 4: Der Grundsatz ambulant vor stationär birgt aufgrund der fehlenden kantonalen Mitfinanzierung im ambulanten Bereich die Gefahr eines Prämienschubs. Ist die Regierung bereit, eine Mitfinanzierung der ambulanten Behandlungen mitzutragen? Wenn ja, unter welchen Rahmenbedingungen?

Eine Studie der PWC aus dem Jahr 2016 zeigte, dass ambulante Eingriffe im Schnitt 2.3-mal günstiger sind als stationäre. Auch wenn die Krankenversicherer deshalb im ambulanten Bereich 100 Prozent bezahlen und beim stationären Eingriff nur 45 Prozent, sind deshalb die tatsächlichen Kosten für die Krankenversicherer über alle Eingriffe gesehen nicht grösser. Eigene Berechnungen kommen zum gleichen Schluss. Ebenfalls zum gleichen Resultat gelangte auch das Bundesamt für Gesundheit (BAG). Eingehende Abklärungen durch das schweizerische Gesundheitsobservatorium ergaben, dass die vom BAG vorgesehene Verlagerung in den ambulanten Bereich keine Auswirkungen auf die Prämienhöhe haben dürfte.

Die Durchsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» kann also kein Grund sein, dass sich die Kantone auch an den ambulanten Kosten beteiligen. Denn die Prämien wachsen nicht aufgrund des Grundsatzes «ambulant vor stationär».

Eine Kostenbeteiligung der Kantone an den ambulanten Kosten wäre keine Kostensenkungsmassnahme, sondern würde lediglich eine Kostenverschiebung auf die Kantone bedeuten. Denn die Kostendynamik im (spital-)ambulanten Bereich ist sehr viel grösser als im stationären Bereich. Müssten die Kantone auch diese mitfinanzieren, würden die Ausgaben der Kantone für die Gesundheitsversorgung automatisch stärker wachsen als heute. Dies gilt auch bei einer kostenneutralen Überführung.

Erfahrungen zeigen aber, dass die Kantone deshalb nicht einfach die Steuern erhöhen können. Die Kostenverlagerung würde deshalb mit grosser Wahrscheinlichkeit zu Sparmassnahmen im Gesundheitsbereich oder in andern staatlichen Aufgabenbereichen führen.

Aus all diesen Gründen erachten wir eine Kostenbeteiligung der Kantone an den ambulanten Kosten als nicht opportun. Im Endeffekt würde dies wohl bedeuten, dass die Kantone jedes Jahr den Versicherern eine wachsende Geldsumme bezahlen müssten, ohne dass sie noch eine Steuerungs- oder Kontrollfunktion hätten. Dies ist auch verfassungsrechtlich bedenklich (Prinzip der fiskalischen Äquivalenz).

Zu Frage Nr. 5: Auf Bundesebene wird die Einführung eines Kostendachs bei den stationären Behandlungen diskutiert. Wie steht die Regierung zu dieser möglichen politischen Einflussnahme? Welche Auswirkungen hätte diese Massnahme auf die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern?

Ein Bericht einer Expertengruppe im Auftrag des Bundes hat 38 mögliche Massnahmen erarbeitet, darunter eine Zielvorgabe für das OKP-Wachstum. Ob die Einführung eines Globalbudgets das richtige Instrument ist, um das Kostenwachstum zu bremsen, lässt sich zurzeit nicht beurteilen. Insbesondere ist nicht klar, welche Konsequenzen die möglichen Umsetzungsvarianten für die Versorgung hätten und wie praktikabel die Instrumente letztlich im Vollzug wären. Wie bereits erwähnt muss es Ziel sein, dass primär bei jenen Leistungen gespart wird, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind. Ob und allenfalls wie dies mithilfe eines Globalbudgets erreicht werden kann, braucht vertiefte Abklärungen. Je nach Ausgestaltung des Globalbudgets braucht es auch gesetzliche Grundlagen im kantonalen Recht. Auch für die Beiträge der Krankenversicherer wäre die Ausgestaltung sehr wichtig. Da ein Globalbudget letztlich nur sinnvoll mit einer gleichzeitigen Beschränkung der Leistungsmengen der Spitäler funktioniert, wären sie z.B. bei Leistungen, die über oder unter dem Leistungsauftrag liegen, nicht mehr verpflichtet einen Beitrag zu leisten.

Zu Frage Nr. 6: In gewissen Spitälern werden Ärzte teilweise aufgrund des Umsatzes entschädigt oder am Gewinn beteiligt. Dies schafft falsche Anreize und wirkt kostentreibend. Wie sieht die Situation bei den Vertragsspitälern des Kantons Luzern bezüglich solcher Bonuszahlungen aus? Welche Spitäler bezahlen die Ärzte und weitere Kadermitarbeitende aufgrund eines Mengengerüstes (Anzahl Eingriffe, Umsatz Abteilung, …) oder beteiligen sie am Gewinn? Wie hoch sind diese Anteile gemessen am Grundlohn? Gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Disziplinen? Wie werden die Abgeltungen geregelt? Ist der Kanton bereit, hier Einfluss auszuüben und dies zu unterbinden?

In den kantonalen Spitälern des Kantons Luzern wurde das honorarbasierte Lohnsystem vor mehr als zehn Jahren abgeschafft. Chefärztinnen und Chefärzte sowie die übrigen Kaderärztinnen und -ärzte erhalten keine Honorare aus der Behandlung von Privatpatienten. Sie werden nicht umsatzbasiert bezahlt. Der Gesamtlohn der rund 200 Kaderärzte am LUKS, also der Chefärztinnen und Chefärzte sowie der Leitenden Ärztinnen und Ärzte, bewegt sich zwischen 230 000 und 550 000 Franken im Jahr. Der Durchschnitt liegt bei rund 330 000 Franken pro Jahr.

Die Vergütungssysteme der anderen Spitäler auf unserer Spitalliste sind uns nicht bekannt, zumindest nicht im Detail. Es ist aber systembedingt, dass freipraktizierende Belegärzte ohne Anstellungsverhältnis in einem Spital aufgrund der Anzahl Eingriffe entschädigt werden. Eine Möglichkeit zur Einflussnahme bestünde darin, die Eingriffe im Leistungsauftrag zu limitieren, wenn Verdacht auf eine Überarztung besteht. Hierzu braucht es aber wie oben erwähnt vertiefte Abklärungen, insbesondere auch bezüglich der Auswirkungen auf die Versorgung, und ob es Hinweise auf eine Überarztung gibt.