



Regierungsrat

Luzern, 22. August 2017

**ANTWORT AUF ANFRAGE**

**A 376**

Nummer: A 376  
Protokoll-Nr.: 884  
Eröffnet: 20.06.2017 / Gesundheits- und Sozialdepartement

**Anfrage Zemp Baumgartner Yvonne und Mit. über ambulant vor stationär, 12 bis 13 Luzerner Massnahmen gegen die Kostensteigerung im Gesundheitswesen (A 376)**

Zu Frage Nr. 1: Ambulant vor stationär. Wie viele der 12 definierten Behandlungen wurden in den letzten drei Jahren ambulant, wie viele stationär durchgeführt? Können Sie diese Eingriffe aufgeteilt auf die drei Versicherungsmodelle allgemein, privat und halbprivat benennen?

Die Dienststelle Gesundheit und Sport (DIGE) hat im stationären Bereich die Jahre 2014 bis 2016 ausgewertet. Für das Jahr 2014 wurde ein Verlagerungspotential (also stationäre Fälle, die ambulant hätten erbracht werden können) von 966 Fällen berechnet, für das Jahr 2015 ein Potential von 785 Fällen und für das Jahr 2016 von 925 Fällen.

Das ambulante Mengengerüst im Kanton Luzern betrug im Jahr 2014 11'058 Fälle, 2015 11'268 Fälle und 2016 10'852 Fälle. Die Operation des grauen Stars (Katarakt) machte dabei jeweils rund 60% der ambulanten Eingriffe aus.

Eine Aufteilung auf die Versicherungsstufen Grundversicherung, Zusatzversicherung Halbprivat und Zusatzversicherung Privat ist mit den dem Kanton zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich. Weil er sich nur an den stationären Kosten der Grundversicherung beteiligt, erhält er nur diese Angaben. Im ambulanten Bereich wird zudem der Versicherungsstatus in der Regel gar nicht erfasst.

Zu Frage Nr. 2: Gewisse ambulante Behandlungen können auch von privaten Praxen durchgeführt werden. Gibt es Zahlen zu den ambulanten Behandlungen im Kanton Luzern, wie viele im Spital und wie viele in privaten Praxen durchgeführt werden? Wenn ja, wie haben sich diese Zahlen in den letzten fünf Jahren entwickelt?

Wie schon in der Antwort zu Frage 1 festgehalten, hat die DIGE im Zusammenhang mit der Einführung der Liste mit Eingriffen, die ambulant durchzuführen sind, wenn keine medizinischen Gründe dagegen sprechen, ausführliche Erhebungen gemacht; dies allerdings nur für die letzten drei und nicht die letzten fünf Jahre. Demnach verteilen sich die ambulanten Eingriffe im Kanton Luzern in den Jahren 2014 bis 2016 wie folgt:

2014: total 11'058 Fälle, wovon 7'225 im Spital und 3'791 in Praxen erbracht wurden.

2015: total 11'268 Fälle, wovon 7'451 im Spital und 3'807 in Praxen erbracht wurden.

2016: total 10'852 Fälle, wovon 7'386 im Spital und 3'458 in Praxen erbracht wurden.

Zu Frage Nr. 3: Die Privatkliniken Schweiz werfen der Luzerner Regierung vor, kurz vor einer Bundeslösung hier mit einer lokalen Lösung «hochgradig unverständlich» zu handeln (Be-

richt «Luzerner Zeitung» vom 19. Juni 2017). Weshalb wartet Luzern nicht eine nationale Lösung ab?

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. Auch der Bund prüft eine entsprechende Verordnungsänderung. Alle Beteiligten pflegen einen intensiven Austausch mit dem Ziel, am Schluss eine schweizweit möglichst einheitliche Regelung zu haben. Der Bundesrat hat in der Fragestunde des Nationalrats vom 6. Juni 2017 (Geschäft 17.5233) explizit festgehalten, dass „...es den Kantonen frei [steht], weiter gehende Vorgaben zu definieren.“ Eine kantonale Liste wie im Kanton Luzern ist damit in Ergänzung zu einer eventuellen nationalen Lösung zu verstehen.

Zu Frage Nr. 4: Mit der freien Spitalwahl gehen auch viele Luzerner und Luzernerinnen in ausserkantonale Spitäler. Wie weit müssen ausserkantonale Spitäler diese neuen kantonalen Regelungen umsetzen? Welche Weisungsbefugnis hat die Regierung?

Nach Art. 32 Abs. 1 KVG vergütet die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) unter Kostenbeteiligung des Kantons eine stationäre medizinische Leistung nur, wenn sie wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist. Wenn verschiedene Behandlungen einen vergleichbaren medizinischen Nutzen aufweisen ist somit die kostengünstigste Variante zu wählen (Wirtschaftlichkeit). Dies gilt für inner- und ausserkantonale Spitäler gleichermassen. Die ausserkantonalen Spitäler müssen das im KVG verankerte Gebot der Wirtschaftlichkeit ebenso wie die innerkantonalen Spitäler umsetzen. Eine spezielle Weisungsbefugnis der Regierung ist dafür nicht nötig.

Zu Frage Nr. 5: Regierungsrat Guido Graf hat an der Medienmitteilung gegenüber «Schweiz aktuell» von rund 3 Millionen Franken möglichen Einsparungen gesprochen. Wie setzen sich diese 3 Millionen Franken zusammen, beziehungsweise wer wird von diesem Spareffekt profitieren?

Die Einsparungen wurden auf der Basis des Jahres 2015 berechnet. Sie setzen sich zusammen aus rund 2,7 Millionen Franken, die der Kanton (zu viel) für die stationären Behandlungen bezahlt (Kantonsanteil, aktuell 55%), sowie aus rund 0,5 Millionen Franken Einsparungen durch die nicht medizinisch begründeten Eintritte am Vortag eines Eingriffs, abzüglich den geschätzten Kosten durch die Kontrolltätigkeit von maximal 0,2 Millionen Franken. Durch die Verlagerung in den ambulanten Bereich entfallen für die Krankenversicherer ebenfalls die stationären Kosten in Höhe von 2,2 Millionen Franken (Versichereranteil, aktuell 45%). Dafür müssen die Krankenversicherer die ambulanten Behandlungskosten in Höhe von 2,1 Millionen Franken vollumfänglich übernehmen, woraus eine leichte Entlastung der OKP in Höhe von 0,1 Millionen Franken resultiert. Durch die Einsparungen der nicht medizinisch begründeten Eintritte am Vortag eines Eingriffs sparen die Krankenversicherer weitere 0,4 Millionen Franken, was zusammen Einsparungen von rund 0,5 Millionen Franken ausmacht. Die DIGE geht deshalb mindestens von einer prämieneutralen Wirkung aus. Der Kanton profitiert durch die Massnahme somit von einer Entlastung von netto rund 3 Millionen Franken, während die Prämien in der Grundversicherung gemäss diesen Berechnungen netto mit 0,5 Millionen Franken entlastet werden.

Zu Frage Nr. 6: Sind mögliche Zusatzkosten für Voruntersuchungen beziehungsweise Nachbetreuungen zum Beispiel in der Akut- und Übergangspflege im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung in diese Kalkulationen mit eingerechnet, wenn ja, wie hoch werden diese Kosten geschätzt?

Die für die Berechnung notwendigen Daten liegen ausschliesslich den Krankenversicherern vor. Allerdings werden heute bereits vor einem stationären Eingriff Voruntersuchungen in der Regel ambulant durchgeführt, ebenso wie ambulante Nachkontrollen nach einem stationären Aufenthalt heute bereits gängige Praxis sind.

Eventuelle Zusatzkosten im Bereich der ambulanten Pflege sind schwierig zu beziffern. Die Eingriffe auf der Luzerner Liste erlauben jedoch grundsätzlich eine selbständige Rückkehr in die häusliche Umgebung oder mit minimaler Unterstützung durch Dritte. Personen, welche in grösserem Umfang ambulante Pflegeleistungen benötigen, werden durch die Massnahme nicht betroffen sein, da diese Personen in der Regel aufgrund vorbestehender Begleiterkrankungen grundsätzlich nicht für eine ambulante Durchführung in Frage kommen.

Zu Frage Nr. 7: Wie läuft die Kostengutsprache durch den Kanton genau ab bei einem Antrag des Spitals, die geplante Behandlung trotzdem stationär durchführen zu wollen? Welche Nachteile könnte ein solcher administrativer Prozess haben für die Patientinnen und Patienten, zum Beispiel bei zeitlichen Verzögerungen?

Der Kostengutspracheprozess ist derselbe wie für ausserkantonale Hospitalisationen. Dieser Prozess ist seit vielen Jahren bestens etabliert und jedem Spital bekannt. Der Prozess wird national einheitlich auf einem Formular der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) abgewickelt, wobei der antragstellende Arzt lediglich den Patienten oder die Patientin, das Zielspital, sowie Diagnose und geplante Therapie in Stichworten erfasst. Da Kostengutsprachen nur für die Fälle beantragt werden müssen, die nicht ambulant durchgeführt werden können, rechnet die DIGE mit max. 1'000 zusätzlichen Gesuchen pro Jahr, dies im Verhältnis zu den heute bereits verarbeiteten rund 3'000 jährlichen Gesuchen.

Die DIGE beantwortet Gesuche in der Regel innerhalb eines Arbeitstages. Da es sich bei allen Eingriffen auf der Liste grundsätzlich um Wahleingriffe handelt, besteht genügend Vorlaufzeit zur Operationsplanung und Gesucheinreichung, so dass nicht mit Verzögerungen für die Patientinnen und Patienten gerechnet werden muss.

Zu Frage Nr. 8: Wie ist die rechtliche Lage bei Uneinigkeit des Entscheides? Welche Rollen haben dann Spital, Krankenkasse und Kanton?

Die DIGE trifft heute bereits Kostengutspracheentscheide für ausserkantonale Hospitalisationen. Dabei ist es heute schon möglich, dass die medizinische Einschätzung von Spital, Krankenversicherer oder DIGE divergieren. Sollte keine Einigung erzielt werden können, kann die versicherte Person bei der Dienststelle Gesundheit und Sport eine Verfügung verlangen und anschliessend mittels Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Kantonsgericht gelangen. In den letzten fünf Jahren ist dieser Fall bei rund 15'000 verarbeiteten Gesuchen kein einziges Mal eingetreten.

Zu Frage Nr. 9: Wer haftet, wenn es nach einem ambulanten Eingriff Komplikationen gibt, beziehungsweise wie verändert sich die Verantwortlichkeit zwischen Spital und Gesundheitsdepartement mit der neuen Regelung?

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 und auf Basis nachvollziehbarer medizinischer Kriterien. Dieser Entscheid wird neu jedoch kontrolliert und hinterfragt. Bezüglich der Haftung ändert sich im Vergleich zur bisherigen Praxis also nichts.

Zu Frage Nr. 10: Die hohen Gesundheitskosten haben vor allem mit der demografischen Entwicklung zu tun und damit mit einer zunehmenden Multimorbidität der Patientinnen und Patienten. Wie weit gibt es dort schon Regelungen im Zusammenhang mit den ambulanten Eingriffen? Ist es zum Beispiel möglich, dass ein Leistenbruch bei einem dementen Patienten trotzdem auf jeden Fall ambulant durchgeführt werden muss, oder welche Kriterien müssen erfüllt sein, damit von einer ambulanten Behandlung abgesehen wird?

Der direkte Zusammenhang zwischen der demografischen Entwicklung und den steigenden Gesundheitskosten wird kontrovers diskutiert. Dennoch hat die DIGE zur Berechnung der Mengengerüste die Behandlungen von Personen über 75 Jahre nicht berücksichtigt. Dies unter der Annahme, dass mit zunehmendem Alter das Risiko für Begleiterkrankungen steigt und somit ambulante Behandlungen weniger häufig sind. Diese Personen stehen damit auch nicht im Fokus der Massnahme.

Im Einzelfall entscheidet wie bisher der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin auf Basis nachvollziehbarer medizinischer Kriterien, ob ein Eingriff aus medizinischen Gründen ambulant durchgeführt werden kann oder stationär erfolgen muss. Für die Vereinfachung der administrativen Prozesse hat die DIGE zusammen mit Vertretern des Luzerner Kantonsspitals, der Hirslanden Klinik St. Anna und der Luzerner Ärztesgesellschaft im Konsens einen Kriterienraster erarbeitet. Dieser Kriterienraster ist auf der Homepage der DIGE aufgeschaltet und damit frei zugänglich. Es soll den Leistungserbringern als Orientierung dienen, welche Behandlungen stationär erfolgen können.