

ERGÄNZENDE FRAGEN VON KARL RUST
BETREFFEND AUSWIRKUNGEN DER ZWEITEN KVG-TEILREVISION
AUF DIE KANTONALE KOSTENENTWICKLUNG
UND DAS BAUVORHABEN "ZENTRALSPITAL" IM SPEZIELLEN

ANTWORT DES REGIERUNGSRATES

VOM 12. AUGUST 2003

Sehr geehrter Herr Präsident

Sehr geehrte Damen und Herren

Kantonsrat Karl Rust, Zug, hat am 3. Juli 2003 anlässlich der Beratungen im Kantonsrat zum Neubau des Zentralspitals in Baar im Hinblick auf die 2. Lesung sieben Fragen gestellt, welche die Auswirkungen der 2. KVG-Teilrevision auf die kantonale Kostenentwicklung und das Bauvorhaben Zentralspital im Speziellen betreffen. Damit soll die Vorlage Zentralspital in einen grösseren gesundheits- und finanzpolitischen Zusammenhang gestellt werden.

Der genaue Wortlaut der Anfrage und die Begründung dazu finden sich im Protokoll der Sitzung des Kantonsrats vom 3. Juli 2003 (Vormittagssitzung), Seite 328 f.

Zum Stand der KVG-Teilrevision und zur Berücksichtigung bei der Planung zum Zentralspital sind zwei Vorbemerkungen nötig:

Vorbemerkung 1:

Mit der 2. Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind in folgenden Bereichen massgebliche Neuerungen absehbar: Spitalfinanzierung, Kontrahierungszwang, Prämienverbilligung sowie Generika und

besondere Versicherungsformen. Zudem hat der Ständerat die Finanzierung der Pflegeleistungen in die Vorlage aufgenommen, obwohl dieses Thema ursprünglich erst für die 3. KVG-Revision vorgesehen war.

Es ist nicht damit zu rechnen, dass das revidierte KVG vor 2005 in Kraft tritt (letzter Stand: nach der Ablehnung durch den Nationalrat am 13. Dezember 2002 wurde das Gesetz erneut am 20. März 2003 vom Ständerat und am 18. Juni 2003 vom Nationalrat behandelt). Es können somit heute noch keine verbindlichen Angaben zu den Auswirkungen der 2. KVG-Teilrevision auf den Kanton Zug gemacht werden, da bezüglich verschiedenen Teilen der Vorlage in den eidgenössischen Räten noch keine definitive Einigung erzielt worden ist. Zudem hängt im Spitalbereich ein grosser Teil der finanziellen Folgen von der konkreten Ausgestaltung der künftig zur Anwendung kommenden Pauschalen und Tarife ab. Es zeichnet sich ab, dass hier erst die Rechtsprechung sowie die Praxis des Bundesrates und der Preisüberwachung die nötige Klarheit und Rechtsicherheit schaffen werden. Auch in dieser Beziehung gibt es somit noch grosse Unschärfen. Die Quantifizierung steht deshalb unter den genannten Vorbehalten und kann lediglich die Grössenordnung und den Trend der Auswirkungen der neuen gesetzlichen Bestimmungen aufzeigen.

Vorbemerkung 2:

Die möglichen Folgen der 2. KVG-Teilrevision für den Kanton Zug wurden von der Gesundheitsdirektion frühzeitig analysiert und vor der Kommission für Spitalfragen ausführlich erörtert, und zwar am 25. Januar 2002 (basierend auf dem Referat "Orientierung über die Entwicklungen im Gesundheitswesen; Stand der KVG-Revision und deren Auswirkungen" von Prof. Dr. Tomas Poledna) und am 27. Februar 2003 (basierend auf dem Referat "2. KVG Revision, inklusive allfällige Auswirkungen auf den Kanton Zug" von Rechtskonsulent Roman Balli). Die entsprechenden Aspekte sind somit direkt in die Beratungen zum Neubau des Zentralspitals eingeflossen.

Zu den Fragen:

1. *Welche Gesamt-Auswirkungen hat die 2. KVG-Teilrevision auf den kantonalen Finanzhaushalt (Planungshorizont 2008)?*

Da das revidierte KVG voraussichtlich nicht vor 2005 in Kraft treten wird und differenzierte Übergangsfristen definiert sind, dürften die vollen finanziellen Konsequenzen nicht vor 2008 zum Tragen kommen. In diesem Zeitraum ist mit zusätzlichen Entwicklungen im Bereich Kosten- und Bevölkerungswachstum zu rechnen, welche die Effekte des KVG überlagern. Um die nachfolgenden Überlegungen transparent zu halten, soll deshalb von diesen Faktoren abstrahiert werden. Die spezifischen Wirkungen sind in Bezug auf die heute bekannten Dimensionen zu untersuchen (Verwendung der jeweils aktuellsten Daten).

Hinsichtlich der finanziellen Folgen der KVG-Teilrevision für die Kantone sind im Wesentlichen folgende Bereiche von Bedeutung: Spitalfinanzierung, Prämienverbilligung und möglicherweise Finanzierung der Pflegekosten. Von der Aufhebung des Kontrahierungszwangs sind im Zeitraum bis 2008 keine grösseren Effekte zu erwarten (namentlich im Hinblick auf die ambulante Tätigkeit der Spitäler), da die Leistungserbringer, die anfangs 2003 zugelassen waren, bei Inkrafttreten des revidierten KVG voraussichtlich ein Anrecht auf einen vierjährigen Vertrag haben.

Gemäss Entwurf zum neuen KVG vereinbaren die Vertragsparteien für die Vergütung der stationären und teilstationären Behandlung Pauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen (Übergang von der Institutions- zur Leistungsfinanzierung). Die Vergütungen werden je zur Hälfte vom Versicherer und vom jeweiligen Wohnkanton der versicherten Person übernommen. Im Einzelnen bedeutet dies Folgendes:

Fix-duale Spitalfinanzierung

Die Kantone und die Krankenkassen werden sich die Finanzierung der Spitäler neu im Verhältnis 50 : 50 teilen (nach der heute bestehenden Regelung decken die Krankenkassen höchstens 50 %, in der Praxis meist zwischen 42 % und 48 %). Entsprechend würde eine Steigerung des Anteils der Krankenkassen auf 50 %, basierend auf den aktuellen Tarifgrundlagen, eine Entlastung des Kantons Zug um ca. Fr. 3.0 Millionen¹⁾ ergeben²⁾.

Plausibilisierung: Die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) rechnet in diesem Bereich mit einer Entlastung der Kantone um Fr. 400 Millionen. Umgelegt auf den Kanton Zug sind dies Fr. 5.5 Millionen (proportional zur Einwohnerzahl). Dass der oben errechnete Wert tiefer liegt, ist nachvollziehbar, da ein wesentlicher Teil der

Zuger Spitalversorgung durch private Kliniken erfolgt, an die der Kanton bisher keine Beiträge leistet (keine Entlastung, da vorher keine Belastung).

Investitionskosten-Splitting

Die Investitionskosten werden neu von den Kantonen und Krankenkassen gemeinsam getragen, und zwar über eine entsprechende Berücksichtigung bei der Festlegung der Leistungspauschalen (vorher haben sich die Krankenkassen an Investitionen bei öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern nicht beteiligt). Wie diese Festlegung inskünftig im Einzelfall erfolgen wird, ist gegenwärtig schwer abzuschätzen. Ersatzweise soll deshalb hier auf die normative Berechnungsmethode des SVPK/MTK-Spittaltaxmodells zurückgegriffen werden, welche bei der bundesrätlichen Tariffestsetzung für Privatkliniken zur Anwendung kommt. Damit lassen sich folgende normativen Investitions- und Grundstückskosten (inklusive Abschreibungen) ermitteln³⁾:

Zentralspital:	Fr. 5.4 Millionen / Jahr
Klinik Oberwil:	Fr. 2.5 Millionen / Jahr (Konkordatsanteil Kanton Zug: Fr. 1.3 Millionen / Jahr)
Klinik Adelheid:	Fr. 1.7 Millionen / Jahr

Durch die hälftige Beteiligung der Krankenkassen ergäbe sich somit total eine Entlastung des Kantons Zug um Fr. 4.2 Millionen¹⁾. Andererseits wird der Kanton gemäss dem revidierten KVG neu auch die Investitionen der Andreasklinik und der Klinik Meissenberg mittragen müssen, und zwar im Rahmen der hälftigen Beteiligung an den Leistungspauschalen. Diese Zusatzbelastung ist unter dem Punkt "Behandlungen in Privatspitälern" berücksichtigt (Bestandteil des Tarifs).

Plausibilisierung: Die SDK rechnet in diesem Bereich mit einer Entlastung der Kantone von Fr. 400 Millionen. Umgelegt auf den Kanton Zug sind dies Fr. 5.5 Millionen (proportional zur Einwohnerzahl), also etwas mehr als oben errechnet.

Behandlungen in Privatspitälern

Der Kanton muss sich gemäss revidiertem KVG neu zu 50 % an der Behandlung von Patientinnen und Patienten in nicht-subventionierten Listenspitälern beteiligen (bisher erfolgte keine Beteiligung des Kantons). Dies ergibt für die Andreasklinik unter

Anwendung der aktuellen Tagespauschale bei 16'222 Pflgetagen (Erwachsene Kanton Zug; 2002) eine Zusatzbelastung für den Kanton von Fr. 6.8 Millionen¹⁾. Für die Klinik Meissenberg ergibt sich unter Anwendung der geltenden Pflgetaxe bei 2'650 Pflgetagen (Erwachsene Kanton Zug; 2002) eine Zusatzbelastung für den Kanton von Fr. 0.5 Millionen¹⁾. Die gesamte Zusatzbelastung für den Kanton Zug durch die Ausdehnung der Finanzierungspflicht für Spitalaufenthalte in Privatspitälern beträgt somit Fr. 7.3 Millionen¹⁾. Hierbei ist anzumerken, dass gemäss den Aussagen dieser Kliniken die aktuellen Taxen die effektiven Kosten nicht decken und deshalb damit zu rechnen ist, dass die Betreiber auf höhere Vergütungen dringen werden. In der Folge könnte sich die Zusatzbelastung für den Kanton noch erhöhen.

Plausibilisierung: Die SDK rechnet in diesem Bereich mit einer Zusatzbelastung der Kantone von Fr. 400 bis 500 Millionen. Umgelegt auf den Kanton Zug sind dies Fr. 5.5 bis 6.8 Millionen (proportional zur Einwohnerzahl). Dass der oben errechnete Wert etwas höher liegt, erstaunt angesichts der Stellung der Privatspitäler im Kanton Zug nicht.

Beiträge an Zusatzversicherte

Die Beiträge der Kantone an die Behandlung von Zusatzversicherten in innerkantonalen öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern (Sockelbeitrag) wurde in einem dringlichen Bundesgesetz geregelt und am 9. Februar 2003 in der Volksabstimmung gutgeheissen. Es handelt sich hierbei um eine Übergangslösung bis zum Inkrafttreten des revidierten KVG. Das dringliche Bundesgesetz knüpft im Sinne eines Kompromisses an die Tarife der allgemeinen Abteilungen an, die in der Regel weniger als 50 % der anrechenbaren Kosten decken. Das revidierte KVG geht hingegen vom Konzept der fix-dualen Leistungsfinanzierung im Verhältnis 50:50 aus (siehe oben). Entsprechend würde eine Steigerung des Anteils des Kantons auf 50 %, basierend auf den aktuellen Tarifgrundlagen, eine Zusatzbelastung für den Kanton Zug von Fr. 0.9 Millionen¹⁾ ergeben²⁾. Beiträge des Kantons an die Behandlung von Zusatzversicherten in Privatspitälern, namentlich in der AndreasKlinik und Klinik Meissenberg, sind bereits unter dem Punkt "Behandlungen in Privatspitälern" berücksichtigt.

Plausibilisierung: Die SDK rechnet in diesem Bereich mit einer Zusatzbelastung der

Kantone von Fr. 100 Millionen. Umgelegt auf den Kanton Zug sind dies Fr. 1.4 Millionen (proportional zur Einwohnerzahl). Dass der oben errechnete Wert tiefer liegt, ist nachvollziehbar, da ein wesentlicher Teil der Zuger Spitalversorgung durch private Kliniken erfolgt, die durch das dringliche Bundesgesetz nicht erfasst wurden.

Teilstationäre Aufenthalte

Nach dem Entwurf des Bundesrates müssen sich die Kantone neu an der Finanzierung von teilstationären Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung beteiligen. Basierend auf dem heutigen Stand der Diskussion darf aber davon ausgegangen werden, dass auf die kontroverse Abgrenzung ambulant / teilstationär / stationär verzichtet wird und nur die Bereiche ambulant und stationär unterschieden werden. Grössere Differenzen bestehen hingegen noch bezüglich der Frage, was dem ambulanten und was dem stationären Bereich zugerechnet werden soll. Das ist namentlich bei den tageschirurgischen Aktivitäten von Bedeutung, da diese für die Kantone finanzierungspflichtig werden, sobald sie als stationär klassifiziert sind. Die SDK hat hier eine potenzielle Zusatzbelastung der Kantone von Fr. 400 bis 600 Millionen errechnet. Umgelegt auf den Kanton Zug sind dies Fr. 5.5 bis 8.2 Millionen (proportional zur Einwohnerzahl). Die Variante des Ständerates würde im Gegensatz dazu zu keinen grösseren Finanzierungsverschiebungen führen (je nachdem, ob mit Fall- oder Tagespauschalen gerechnet wird, sind die Auswirkungen unterschiedlich). Da die Beratungen der eidgenössischen Räte in diesem Bereich noch sehr offen sind, wird hier auf eine Quantifizierung verzichtet.

Weitere Auswirkungen

Im Rahmen der 2. KVG-Teilrevision wird auch das Konzept der Prämienverbilligung überarbeitet. Die konkrete Ausgestaltung erfolgt aber im Rahmen der bundesgesetzlichen Vorschriften durch die Kantone. Insofern ist eine Quantifizierung möglicher Auswirkungen an dieser Stelle nicht sinnvoll.

Schliesslich wurde die Thematik der Pflegekosten durch den Ständerat aufgenommen. Eine Neuregelung im Zusammenhang mit der 2. KVG-Teilrevision erscheint jedoch angesichts des Widerstandes des Nationalrates unwahrscheinlich. Deshalb ist diesbezüglich mit keinem "KVG-Effekt" zu rechnen.

Zusammenfassung

Insgesamt ergeben sich für den Kanton Zug folgende jährlichen Ent- und Belastungen im Zusammenhang mit der 2. KVG-Teilrevision:

	Entlastung¹⁾	Belastung¹⁾
Fix-duale Spitalfinanzierung	Fr. 3.0 Millionen	
Investitionskosten-Splitting	Fr. 4.2 Millionen	
Behandlungen in Privatspitälern		Fr. 7.3 Millionen
Beiträge an Zusatzversicherte		Fr. 0.9 Millionen
Teilstationäre Aufenthalte		noch offen (Schätzung SDK: Fr. 5.5 bis 8.2 Millionen)
TOTAL	Fr. 7.2 Millionen	Fr. 13.7 bis 16.4 Millionen (unter Berücksichtigung der Schätzung der SDK)
Saldo	Belastung: Fr. 6.5 bis 9.2 Millionen (unter Berücksichtigung der Schätzung der SDK)	

Per Saldo ist also eine Zusatzbelastung von mehreren Millionen Franken zu erwarten, abhängig vom Ausgang der Beratungen in den eidgenössischen Räten im Zusammenhang mit den teilstationären Aufenthalten (NB: Der Begriff "teilstationär" wird vermutlich nicht in die Endfassung des revidierten KVG übernommen; die Thematik wird aber unter anderem Titel behandelt). Es besteht immerhin die berechtigte Hoffnung - und der Regierungsrat wird dies sehr genau verfolgen -, dass die Bevölkerung entsprechend auf der Prämien- und Prämienentlastungsseite profitieren wird.

Wir weisen nochmals darauf hin, dass von Effekten infolge Teuerung sowie Bevölkerungswachstum abstrahiert wurde und alle errechneten Werte stark von den heute noch unbekanntem künftigen Pauschalen und Tarifen abhängig sind. Schliesslich sind im Zusammenhang mit den finanziellen Auswirkungen auch gewisse Übergangsfristen zu berücksichtigen, die hier aus Gründen der Vereinfachung weggelassen wurden.

2. *Welche Auswirkungen hat die 2. KVG-Teilrevision auf die Übernahme der Investitionskosten von Spitälern durch die Krankenkassen?*

Siehe Antwort auf Frage 1, Stichwort "Investitionskosten-Splitting"

3. *Welche Auswirkungen hat die 2. KVG-Teilrevision auf die den Kommissionen und dem Parlament präsentierten Betriebskostendaten der SBZ AG? Welche Folgen ergeben sich für eine allfällige Nachzahlungsverpflichtung des Kantons gegenüber der SBZ AG?*

Bei der Erstellung des Betriebskosten-Modells für das Zentralspital wurden allfällige Effekte der 2. KVG-Teilrevision berücksichtigt, soweit sie heute absehbar sind. Wohl ergeben sich durch die Gesetzesänderung Verschiebungen zwischen den buchhalterischen Kategorien, doch ändert sich das Gesamtbild nicht. Dies wurde von der SBZ AG mit Schreiben vom 10. Juli 2003 entsprechend bestätigt.

Die Thematik von Nachzahlungsverpflichtungen steht im Zusammenhang mit Beiträgen an die Kosten der innerkantonalen stationären Behandlungen in Halbprivat- und Privatabteilungen (siehe auch Frage 1, Stichwort "Beiträge an Zusatzversicherte"). Dieser Punkt war seit der Einführung des KVG per 1.1.1996 umstritten. Nachdem das Bundesgericht eine Beitragspflicht der Kantone für Zusatzversicherte (Sockelbeitrag) bejaht hatte, wurde schliesslich im Rahmen eines dringlichen Bundesgesetzes eine Kompromisslösung bis zum Inkrafttreten der 2. KVG-Teilrevision getroffen (Bundesgesetz über die Anpassung der kantonalen Beiträge für die innerkantonalen stationären Behandlungen; SR 832.14). Das dringliche Bundesgesetz trat rückwirkend auf den 1. Januar 2002 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2004. Zudem einigten sich die Kantone und Krankenkassen auf einen Pauschalbetrag von Fr. 250 Millionen für das Jahr 2001. Der Konflikt wurde damit bereinigt und mit dem Inkrafttreten des revidierten KVG per 1. Januar 2005 ist eine unterbrochslose Regelung sichergestellt. Nachzahlungsverpflichtungen sind somit nicht zu erwarten.

4. *Gilt für die Investitionskostenübernahme der Krankenversicherer im Rahmen leistungsorientierter Pauschalen der Zeitpunkt des Baubeschlusses oder der Zeitpunkt des Baubeginns? Welche Auswirkungen hätte eine Verschiebung des Baubeginns auf einen Zeitpunkt nach Inkrafttreten der 2. KVG-Teilrevision?*

Die anteilige Investitionskostenübernahme durch die Krankenversicherer wird erst mit der Aufnahme des Betriebs des Zentralspitals aktuell. Das ergibt sich aus der Tatsache, dass die Vergütungen leistungsbezogen sind.

Gemäss den Übergangsbestimmungen zum revidierten KVG bestimmt der Bundesrat, wie Investitionen, die vor dem Inkrafttreten der 2. KVG-Teilrevision getätigt wurden, in die Tarfberechnung einbezogen werden. Da eine diesbezügliche Regelung noch nicht erfolgt ist, lässt sich die Frage nach dem Einfluss des Bauzeitpunkts nicht definitiv beantworten. In der Botschaft des Bundesrates vom 18. September 2000 heisst es dazu lediglich "Ferner sind die bis anhin nicht in die Tarife einbezogenen Investitionen nach einheitlichen Methoden in die Tarfberechnung einzubeziehen, damit ein Mindestmass an Transparenz und Einheitlichkeit erreicht werden kann. Die Festsetzung dieser Methode soll dem Bundesrat überlassen werden." Allerdings würde die Investitionstätigkeit im Spitalwesen durch eine allzu restriktive Regelung erheblich gefährdet. Deshalb darf vermutet werden, dass eine Lösung unter Verwendung von allgemein gebräuchlichen Abschreibungsregeln getroffen wird, wodurch die in der Frage angesprochene Abgrenzungsthematik entschärft wird.

5. *Wie hoch schätzt der Regierungsrat das Risiko ein, dass die anfallenden Investitionskosten nach Inkrafttreten der 2. KVG-Teilrevision durch die leistungsorientierten Pauschalen bei der SBZ AG nicht zur Hälfte auf die Krankenkassen überwält werden können, weil im interkantonalen Vergleich zu teuer und aufwendig investiert wird? Wie hoch schätzt der Regierungsrat das Risiko ein, dass der Kanton entsprechend auf den anfallenden Mehrkosten sitzen bleibt?*

Wie oben ausgeführt, sollen die Tarife gemäss revidiertem KVG nicht als Anteil zur Deckung der Kosten verstanden werden, sondern die Vergütung der Leistungen des Spitals darstellen. Entsprechend erfolgt keine direkte Anrechnung der Investitionskosten, sondern eine indirekte Berücksichtigung bei der Festlegung der Leistungspauschalen. Diese wird nach gesamtschweizerisch einheitlichen Kriterien erfolgen, welche von den Tarifpartnern zu vereinbaren sind. Falls die Tarifpartner sich nicht

einigen können, legt der Bundesrat die Strukturen fest. Das Vorgehen für die Behandlung von Investitionen, die vor dem Inkrafttreten der KVG-Teilrevision getätigt wurden, wird vom Bundesrat definiert.

Da zum heutigen Zeitpunkt weder die Tarifpartner noch der Bundesrat verbindliche Regeln zum künftigen Einbezug der Investitionskosten in die Leistungspauschalen festgelegt haben, lässt sich das Risiko einer "ungenügenden" Berücksichtigung der Investitionskosten vorerst nicht abschätzen, aber auch nicht ausschliessen. Immerhin kann im Sinne einer Plausibilitätsbetrachtung ein Vergleich mit anderen Zentralschweizer Kantonen angestellt werden. Deren Investitionen im Spitalbereich in den letzten zehn Jahren erreichten pro Kopf der Bevölkerung folgende Beträge:

Luzern:	Fr. 1235.--
Obwalden:	Fr. 1248.--
Nidwalden:	Fr. 1354.--
Uri:	Fr. 2077.--

Im Vergleich dazu betragen die Kosten für das Zentralspital rund Fr. 1400.-- pro Person (exkl. Wettbewerbs- und Projektierungskosten, Parkhaus und Sanierung der GOPS) bei einer prognostizierten Gesamteinwohnerzahl von 115'000 im Jahr 2010. Die geplante Investition bewegt sich also durchaus im Rahmen anderer Kantone, so dass nicht von einem überteuerten Projekt gesprochen werden kann. Im Gegenteil: Das Zentralspital-Projekt besteht im interkantonalen Vergleich durchaus.

6. *Falls gegenüber heute mit kantonalen Mehrkosten zu rechnen ist: Welche Massnahmen gedenkt der Regierungsrat in die Wege zu leiten, um dieses Kostenwachstum einzudämmen? Welche Möglichkeiten sieht er in der Einschränkung des Leistungsauftrags und der vermehrten Nutzung von Synergien zwischen den verschiedenen zugerischen Spitälern, die auch Auswirkungen auf das hier zu bewilligende Bauvorhaben haben könnten?*

Wie unter der Antwort zu Frage 1 dargelegt, entsteht die grösste Zusatzbelastung für den Kanton Zug durch die Ausdehnung der Finanzierungspflicht auf Spitalaufenthalte in Privatspitälern. Diese Mehrkosten ergeben sich aus der Logik der 2. KVG-Teilrevision, die eine Vereinheitlichung der Subventions- und Vergütungsregeln für alle

öffentlichen und privaten Spitäler - sofern sie auf der kantonalen Liste aufgeführt sind - anstrebt.

Bei den Massnahmen zur Eindämmung des Kostenwachstums im Spitalbereich sieht das KVG als zentrales Instrument die kantonalen Spitallisten vor. Die Aufnahme in die Liste ist Voraussetzung für die Zulassung als Leistungserbringer und die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung. Neu soll bei der Planung die Art der Versicherungsdeckung (Grundversicherung, halbprivat, privat) generell nicht mehr berücksichtigt werden. Der Kanton Zug handhabt dies mit seiner integralen Spitalliste bereits heute so. Zudem sind alle Zuger Kliniken durch die Spitalliste erfasst, wodurch die Bettenkapazitäten geregelt werden können. Bei Abweichungen gegen oben schreitet der Kanton korrigierend ein. Schliesslich ist die Bedarfsplanung für das Zentralspital in voller Berücksichtigung der Kapazitäten aller auf der Spitalliste aufgeführten Institutionen geschehen (gemäss Spitalkonzeption 2010 werden die Kapazitäten gegenüber dem heutigen Planbettenbestand reduziert!). Daraus wird deutlich, dass der Regierungsrat die bestehenden Möglichkeiten zur Kostenkontrolle konsequent nutzt.

In Bezug auf den Leistungsauftrag für das Kantonsspital / Zentralspital ist eine regelmässige Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung sowohl zweckmässig als auch notwendig. Gerade hier schafft die 2. KVG-Teilrevision eine wichtige Voraussetzung, indem der Wettbewerb durch die Gleichbehandlung der Anbieter und die Erhöhung der Transparenz gestärkt wird.

Das Leistungsprogramm des Kantonsspitals wird bereits heute periodisch angepasst. Die letztmalige Änderung wurde durch den Regierungsrat am 20. August 2002 vorgenommen (Streichung des nuklearmedizinischen Leistungsangebots [Diagnose mittels radioaktiven Arzneimitteln] und des orthopantomographischen Leistungsangebots [Panorama-Röntgenuntersuchung von Ober- und Unterkiefer]; Einsparung Fr. 200'000.-- / Jahr).

Im Hinblick auf die Nutzung von Synergien mit anderen zugerischen Spitälern hat die Gesundheitsdirektion im Auftrag des Regierungsrates im Rahmen der Planungsarbeiten zum Zentralspital sowohl das Zuger Kantonsspital als auch die Andreas-Klinik im Spätsommer 2000 zu einer verstärkten Zusammenarbeit angehalten. Beide Verwaltungsräte zeigten sich bereit, das Synergiepotenzial ihrer Betriebe auszuloten und der Gesundheitsdirektion bis Ende November 2000 ihre Vorschläge zu

unterbreiten. Die eingereichten Vorschläge der beiden Spitalbetreiber fielen überaus klar aus: Beide Spitalbetriebe vertraten einhellig die Auffassung, dass - solange die beiden Spitalbetriebe getrennt geführt würden - wenig bis kein Synergiepotenzial zu finden sei. Zu einer ähnlichen Bewertung kam der Gesundheitsökonom Willy Oggier in seinem Bericht "Evaluation Szenarien AndreasKlinik: Übernahme vs. Subventionierung" vom 9. Februar 2001 im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug. Oggier beurteilte das Szenario 'Subventionierung' (d.h. Koexistenz als subventionierte Betriebe) massiv schlechter als das Szenario 'Übernahme der AndreasKlinik durch die SBZ AG' (Zitat: "Die Subventionierungsvariante ermöglicht es nicht, die Synergiepotentiale zwischen zwei oder mehreren Betrieben auszuschöpfen ..."). In der Folge hat der Regierungsrat eine gemeinsame Betriebsgesellschaft (Zusammengehen der AndreasKlinik mit der SBZ AG) vorgeschlagen. Diese seltene Möglichkeit zu einer synergistischen Strukturoptimierung wurde dann durch den Beschluss der damaligen Verantwortlichen der AndreasKlinik, die AndreasKlinik an die Hirslanden Gruppe zu verkaufen, hinfällig. Der Kanton muss diesen freien unternehmerischen Entscheid akzeptieren und seine Planung unabhängig davon vorantreiben.

Die Bereitschaft des Regierungsrates zu neuen Gesprächen ist nach wie vor vorhanden. Dies darf aber nicht zu weiteren Verzögerungen bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung führen.

7. *In der Privatwirtschaft ist es üblich, dass für solche Grossinvestitionsvorhaben Business-Pläne erstellt werden. Teilt der Regierungsrat die Auffassung, dass bei solch grossen gesundheitspolitischen Unsicherheiten für ein Bauprojekt wie dasjenige in Baar ein möglichst detaillierter Businessplan ausgearbeitet werden muss? Wie sieht ein solcher Businessplan unter Einbezug der zu erwartenden Effekte der 2. KVG-Teilrevision aus?*

Das Betriebskosten-Modell, welches im Zusammenhang mit den Planungen zum Zentralspital von der SBZ AG entwickelt wurde, kann in verschiedener Hinsicht mit Business-Plänen in der Privatwirtschaft verglichen werden. Dabei wurden die Auswirkungen der 2. KVG-Teilrevision berücksichtigt, soweit sie heute absehbar sind.

Allerdings ist es wichtig, die Annahmen genau zu beachten, welche den Berechnungen zugrunde gelegt worden sind. Namentlich in Bezug auf die Höhe von Pauschalen und Tarifen sind heute noch viele Fragen offen, die einen wesentlichen Einfluss auf die Betriebsergebnisse haben werden. Insofern ist das vorgelegte Betriebskosten-Modell so detailliert, wie dies zum jetzigen Zeitpunkt möglich ist.

Zweifellos entwickelt sich der Bereich der Gesundheitsversorgung sehr dynamisch, so dass nicht mit stabilen Rahmenbedingungen gerechnet werden kann. Abwarten reduziert diese Risiken aber nicht. Es bedarf vielmehr einer nachhaltigen Strategie, welche die Spitalversorgung im Kanton Zug auf eine zukunftsgerichtete Basis stellt. Das Projekt in Baar erfüllt diese Anforderungen.

Wir stellen Ihnen den **A n t r a g**,

von den vorliegenden Antworten Kenntnis zu nehmen.

Zug, 12. August 2003

Mit vorzüglicher Hochachtung

REGIERUNGSRAT DES KANTONS ZUG

Der Landammann: Walter Suter

Der Landschreiber: Tino Jorio

¹⁾ Die angegebenen Beträge sind nur als grobe Schätzwerte zu interpretieren.

²⁾ Dabei wird angenommen, dass sich die Leistungspauschalen im Bereich der anrechenbaren Kosten bewegen. Es ist jedoch zu beachten, dass sich das revidierte KVG am Prinzip der Leistungsfinanzierung (und nicht Kostenfinanzierung) ausrichtet. Mangels besserer Alternativen können die anrechenbaren Kosten aber mindestens als Orientierungshilfe dienen.

³⁾ Die Berechnungsmethode des SVPK/MTK-Spaltaxmodells ist für Privatspitäler konzipiert und deshalb nur beschränkt auf öffentliche Kliniken übertragbar. Immerhin können die Ergebnisse als Anhaltspunkt dienen. Für den psychiatrischen Bereich liegen keine Richtgrößen vor. Deshalb wurde für die Klinik Oberwil ein Näherungswert im Modell eingesetzt.