



**Interpellation der FDP-Fraktion  
betreffend kosteneffizientester Art einer medizinischen Behandlung  
(Vorlage Nr. 2778.1 – 15557)**

Antwort des Regierungsrats  
vom 20. März 2018

Sehr geehrter Herr Präsident  
Sehr geehrte Damen und Herren

Die FDP-Fraktion reichte am 6. September 2017 eine Interpellation betreffend kosteneffizientester Art einer medizinischen Behandlung ein (Vorlage Nr. 2778.1 – 15557). Der Kantonsrat überwies die Interpellation am 28. September 2017 zur Beantwortung an den Regierungsrat.

Der Regierungsrat beantwortet die gestellten Fragen wie folgt:

**1. Frage:**

**Der Vorstand der Gesundheitsdirektorenkonferenz steht der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ablehnend gegenüber. Weshalb? Wie ist hierzu die Haltung des Regierungsrats?**

Zurzeit zahlen die Kantone 55 Prozent der stationären Leistungen im Spital. Die Krankenversicherer zahlen 45 Prozent. Im ambulanten Bereich werden die Leistungen ausschliesslich von den Krankenversicherern finanziert. Politische Vorstösse zur einheitlichen Finanzierung zielen darauf ab, dass stationäre und ambulante Leistungen gleich finanziert werden sollen, indem die Kantone an alle Leistungen – stationär und ambulant – einen bestimmten Anteil zahlen würden.

Für den Vorstand der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) ist unbestritten, dass heute viele Behandlungen stationär erfolgen, die aus medizinischer Sicht auch ambulant und damit zu tieferen Preisen erbracht werden könnten. Ein wichtiger Grund dafür sind falsche finanzielle Anreize. Diese haben ihren Ursprung in den unzureichenden Tarifstrukturen. So verdient ein Spital in der Regel deutlich mehr, wenn ein Eingriff stationär statt ambulant durchgeführt wird; dies völlig unabhängig von der Finanzierung.

Akzentuiert werden die Fehlanreize durch die hohen Abgeltungen der Zusatzversicherungen im stationären Bereich, welche dazu führen, dass ein Spital bei der Hospitalisation einer Patientin oder eines Patienten mit einer Privat- oder Halbprivatversicherung nicht nur höhere, sondern massiv höhere Erträge erzielt als bei einer ambulanten Operation. Deshalb überrascht es nicht, dass bei bestimmten Eingriffen die Wahrscheinlichkeit einer stationären Behandlung bei Zusatzversicherten weit grösser ist als bei Allgemeinversicherten.

Zur Reduktion der bestehenden Fehlanreize haben für die GDK Massnahmen Priorität, welche einfach umzusetzen sind und die Kosten im Gesundheitswesen effektiv senken oder dämpfen. Ein solcher Ansatz ist nach Ansicht der GDK zielführender als eine grundlegende Neuordnung der Finanzierung, mit der kantonale Steuergelder in den ambulanten Bereich umgeleitet würden.

Konkret fordert die GDK die Tarifparteien auf, die Vergütung für ambulant durchführbare Operationen so rasch wie möglich über Pauschalen abzuwickeln, zum Beispiel durch Einführung einer Zero-Night-DRG-Pauschale. Bei einer Zero-Night-DRG-Pauschale würde die Entschädi-

gung einer ambulanten Leistung nach dem System der stationären Fallpauschalen (DRG) ermittelt. Dies ergäbe einen DRG-Tarif ohne Übernachtung. So würden tagesklinische Operationen für das Spital adäquater entschädigt und der Anreiz, einen Eingriff aus finanziellen Gründen stationär durchzuführen, verringert.

Aus Sicht des Regierungsrats ist der Ansatz der GDK «Kosten dämpfen statt nur Gelder verschieben» richtig. Ebenso ist es richtig, den Fokus auf schnell wirksame und einfach umsetzbare Massnahmen zu richten. Ein gutes Beispiel dafür ist die Liste ambulant durchzuführender Eingriffe (siehe Frage 2), mit der innert Jahresfrist ein wesentlicher Teil des Verlagerungspotenzials von stationär nach ambulant realisiert werden konnte, und dies mit geringem administrativem Aufwand gestützt auf die geltenden Gesetzesbestimmungen und ohne fundamentale Systemeingriffe, welche das Risiko neuer Fehlanreize oder unerwünschter «Nebenwirkungen» in sich tragen würden.

Im Hinblick auf die Beurteilung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ist entscheidend, welche Bereiche einheitlich finanziert werden sollen: Nur tagesklinische Eingriffe oder alle Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung, beispielsweise auch die Behandlung eines Schnupfens oder die Langzeitpflege. Zudem ist die Höhe der Kostenanteile von Bedeutung, welche die einzelnen Kostenträger (Krankenversicherer, Staat, Patientin/Patient) zu übernehmen hätten. Schliesslich ist wichtig, wie die Rollen und Verantwortlichkeiten im System verteilt wären, wie die Zahlungsströme verlaufen würden und wer welche Steuerungsmöglichkeiten hätte (Planungs-, Genehmigungs- und Festsetzungskompetenzen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich). Viele der in der aktuellen Diskussion zirkulierenden Vorschläge sind in Bezug auf diese Aspekte unklar und unvollständig.

Eine detaillierte Stellungnahme ist deshalb nicht möglich. Immerhin ist festzuhalten, dass es für den Kanton Zug um rund 100 Millionen Franken geht, die aktuell für stationäre Hospitalisationen aufgewendet werden – mit deutlich steigender Tendenz. Entsprechend kritisch beurteilt der Regierungsrat ein System, bei dem dieser Betrag wie beim NFA ohne umfassende Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten an eine zentrale Stelle überwiesen werden müsste und diese Stelle dann für die Bezahlung der ambulanten und stationären Leistungen zuständig wäre. Hingegen erscheint dem Regierungsrat eine Mitfinanzierung ambulanter Operationen durch die Kantone auf der Basis von Zero-Night-DRG-Pauschalen mindestens prüfenswert. Insofern unterstützt der Regierungsrat die Bemühungen der GDK, eine pragmatische Lösung zur Beseitigung der bestehenden Fehlanreize zu erreichen, ohne einen langwierigen, risikoreichen und konfliktträchtigen Umbau der Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens in Gang zu setzen.

## **2. Frage:**

**Nach Luzern und Zürich erarbeiten auch weitere Kantone eine Liste von Operationen, welche die Spitäler nur noch ambulant durchführen dürfen.**

**a) Hat die Regierung die Einführung einer solchen Massnahme schon in Erwägung gezogen?**

Eine Liste mit primär ambulant durchzuführenden Spitalbehandlungen ist per 1. Januar 2018 für den Kanton Zug in Kraft gesetzt worden. Die Einführung wurde am 26. September 2017 kommuniziert. Die Umsetzung erfolgt pragmatisch; es gilt das Vertrauensprinzip. Das bedeutet, dass auf die vorgängige Einreichung und Prüfung eines Kostengutsprachegesuchs verzichtet wird. Die Kontrolle erfolgt im Rahmen der Rechnungsprüfung durch den Kantonsarzt. Zusätzliches Personal ist nicht erforderlich. Um den administrativen Aufwand für alle Beteiligten tief zu

halten, kommt die konsolidierte Liste der Kantone Luzern und Zürich zur Anwendung. Falls medizinische Gründe für einen stationären Aufenthalt vorliegen – so etwa bei Herz-Kreislauf-Schwierigkeiten oder wenn zu Hause keine Betreuung gewährleistet ist –, kann eine Ausnahme geltend gemacht werden. Der Entscheid über die angemessene Art der Behandlung liegt somit in jedem Fall bei der behandelnden Ärztin oder beim behandelnden Arzt.

**b) Welchen sozialpolitischen Zündstoff würde eine solche Massnahme mit sich bringen, denn die Prämienzahlerinnen und Prämienzahler würden vermehrt zur Kasse gebeten?**

Da die Krankenversicherer im ambulanten Bereich 100 Prozent einer Leistung bezahlen, stationär aber nur 45 Prozent, könnte theoretisch eine Kostenverlagerung erfolgen, wenn ein Eingriff ambulant statt stationär durchgeführt wird. Weil aber die Tarife im ambulanten Bereich meist deutlich tiefer sind, entsprechen 45 Prozent des stationären Tarifs im Durchschnitt mehr oder weniger 100 Prozent des ambulanten Tarifs. Für die Krankenversicherer bleiben die Kosten also etwa gleich, für die Kantone wird es günstiger, während die Spitäler auf Gewinne verzichten müssen. Mit sozialpolitischen Nebenwirkungen ist somit nicht zu rechnen.

Diese Aussagen werden von detaillierten Berechnungen der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich gestützt. Die Analyse zeigt sogar einen kleinen Spareffekt für die Krankenversicherer. Analoge Resultate wurden für den Kanton Luzern ermittelt. Die Krankenversicherer machen derweil geltend, dass es bei gewissen Eingriffen zu deutlichen Mehrkosten für die Grundversicherung komme (siehe nachfolgende Frage). Es ist jedoch davon auszugehen, dass über alle Eingriffe ein Ausgleich erfolgt und die Kosten für die Obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht wesentlich tangiert werden.

Signifikant ist hingegen der Effekt bei den Spitalversicherungen Halbprivat und Privat. Diese müssen nur im stationären Bereich bezahlen. Die Verschiebung von stationär nach ambulant sollte sich deshalb in kurzer Frist in tieferen Prämien für diese Zusatzversicherungen niederschlagen.

**c) Nicht in jedem Fall ist derselbe medizinische Eingriff ambulant per se günstiger als stationär. Gibt es diesbezügliche Erhebungen oder basiert dieser Experten-Diskurs auf Annahmen?**

Dem Regierungsrat liegen keine systematischen Erhebungen zu dieser Thematik vor. Anhand ausgewählter Beispiele ist jedoch ein Vergleich möglich.

Entscheidend ist vorab, ob man die Gesamtkosten betrachtet oder nur den Anteil der Krankenversicherer. Bei einem Gesamtkostenvergleich ist der ambulante Eingriff fast immer günstiger – dies alleine schon deshalb, weil ambulant keine oder nur geringe Kosten für Pflege und Hotellerie anfallen. Sollte der Gesamtpreis für eine stationäre Behandlung dennoch einmal tiefer sein als der ambulante Preis, dürfte es sich in aller Regel um Verzerrungen im Tarifsystem handeln.

Bezogen auf den Kostenanteil der Krankenversicherer ist hingegen eine differenzierte Betrachtung erforderlich. Zum einen gibt es Eingriffe, bei denen sich generell sagen lässt, ob sie aus Sicht der Krankenversicherer stationär teurer oder günstiger sind als ambulant. Andererseits gibt es verschiedene Fälle, bei denen die Annahmen entscheidend sind, namentlich bezüglich

der Länge eines stationären Aufenthalts. Denn im DRG-System kommen allenfalls sogenannte «Kurzliegerabschläge» zur Anwendung. Je nachdem, ist dann der stationäre 45-Prozent-Anteil der Krankenversicherer grösser oder kleiner als ihr 100-Prozent-Anteil im ambulanten Bereich. Dabei spielen nicht zuletzt auch die Annahmen bezüglich der Höhe des ambulanten Taxpunktwertes eine Rolle, die von Kanton zu Kanton variiert, sowie die Annahmen bezüglich der Höhe des stationären Basispreises, die wiederum je nach Spital und Versicherer unterschiedlich ist.

### 3. Frage:

#### **Sieht der Regierungsrat weitere Optionen, welche eine massgebliche Eindämmung der Kosten im Gesundheitswesen und dem damit verbundenen jährlichen Prämienanstieg mit sich bringen könnten?**

Die Liste mit primär ambulant durchzuführenden Spitalbehandlungen ist nur eine von verschiedenen Massnahmen zur Steigerung der Effizienz des Zuger Gesundheitswesens, die der Kanton in jüngster Zeit ergriffen hat. Ein weiteres Beispiel sind die erhöhten Anforderungen an die Neuzulassung von Ärztinnen und Ärzten, welche seit Ende März 2017 gelten.

Bei beiden Massnahmen geht es nicht nur um die Kostendämpfung, sondern gleichermassen um die Optimierung der Versorgung. So ist eine ambulante Behandlung nicht nur meist günstiger; sie ist oft auch angepasster und angenehmer für die Patientinnen und Patienten. Desgleichen bezweckt die Zulassungsbeschränkung für Ärztinnen und Ärzte nicht nur eine Kostendämpfung. Vielmehr bewirkt das Erfordernis, mindestens drei Jahre an einer schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet zu haben, auch eine Stärkung der Qualität.

In diesem Sinne geht es dem Regierungsrat nicht um isolierte Kosteneinsparungen, sondern um eine Optimierung des Zuger Gesundheitswesens insgesamt. Die Ausgangslage ist gut: Nur gerade drei Kantone haben tiefere Krankenkassenprämien als der Kanton Zug. Gleichzeitig besteht ein sehr gutes Leistungsangebot mit einem dichten Netz von kompetenten Leistungserbringern, einschliesslich zwei Spitälern, zwei psychiatrischen Kliniken, einer Reha-Klinik sowie den grossen Medizinzentren in Zürich und Luzern in nur 30 Kilometer Entfernung. Ziel ist nicht ein Abbau, sondern die effiziente Nutzung dieser Infrastruktur.

Wertvolle Hinweise für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens geben aktuell zwei umfassende Studien: Einerseits hat eine Expertengruppe mit internationaler Beteiligung im Auftrag des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» analysiert und bewertet. Andererseits zeigt die Studie «Sparpotentiale im Gesundheitswesen», die das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich erstellt hat, Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung aus kantonaler Perspektive auf.

In den erwähnten Untersuchungen werden 38 beziehungsweise 28 teils sehr weitreichende Massnahmen zur Diskussion gestellt. Der Vorstand der GDK beurteilt aus Sicht der Kantone folgende Themen aus dem Bericht der Expertengruppe des Bundes als prioritär für eine vertiefte Prüfung:

- Verlagerung «stationär zu ambulant» und in diesem Zusammenhang die Förderung spital-ambulanter Pauschalen
- Verbesserung der Tarifsysteme

- Verbesserung der Koordination kantonaler Leistungsangebote
- Stärkung von HTA (Health Technology Assessment; Prüfung, ob eine medizinische Leistung die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit grundsätzlich erfüllt oder nicht)
- Steuerung der Kosten im KVG durch verschiedene Instrumente (verbindliche Zielvorgabe für das Kostenwachstum, Festsetzung einer Budgetvorgabe im ambulanten Bereich, Steuerung der Kosten im KVG durch die Vertragspartner mit subsidiärer Kompetenz der zuständigen Behörde)
- Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG

Ergänzend sichtet die Gesundheitsdirektion beide erwähnten Untersuchungen im Hinblick auf ihre Relevanz für die Zuger Gesundheitspolitik und identifiziert geeignete Möglichkeiten für die Umsetzung auf kantonaler Stufe. Dabei ist zu beachten, dass viele Bereiche durch das KVG geregelt werden und die Gestaltungsmöglichkeiten der Kantone entsprechend begrenzt sind. Als umso wichtiger erachtet der Regierungsrat deshalb die bereits erwähnte Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG, der es erlauben würde, im Rahmen von Pilotprojekten innovative Massnahmen zu entwickeln und durchzuführen. Für die Dauer der Durchführung solcher Projekte sollen die Akteure explizit von der Einhaltung gewisser Bestimmungen des KVG und dessen Verordnungen befreit werden können, wobei die Rechte der versicherten Personen selbstredend nicht eingeschränkt werden dürften. Die Kantone könnten dabei als «Labors» im Sinne des Föderalismus eine Schrittmacherfunktion übernehmen, aus der sich wertvolle Impulse für die Weiterentwicklung der Organisation des Gesundheitswesens auf nationaler Ebene ergeben würden.

#### 4. Frage:

**Ist es aus Sicht des Regierungsrats sinnvoll, dass ambulante und stationäre Behandlungen unterschiedlich finanziert werden? Was wäre die optimale Finanzierung bzw. der fairste Finanzierungsmix und was gedenkt der Regierungsrat diesbezüglich auf kantonaler wie auch auf nationaler Ebene zu tun, um dies zu erreichen?**

Für die Haltung des Regierungsrats zur unterschiedlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Behandlungen verweisen wir auf die Ausführungen zur Frage 1. Zusammengefasst: Ein genereller Systemumbau für die Finanzierung sämtlicher Leistungen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung ohne angemessene Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten für die Kantone ist aus Sicht des Regierungsrats nicht zielführend. Bezogen auf operative Eingriffe im tagesklinischen Bereich sind Anpassungen hingegen prüfenswert, um bestehende Fehlanreize zu korrigieren.

Die Frage nach der optimalen Finanzierung beziehungsweise dem fairsten Finanzierungsmix führt zu grundsätzlichen Überlegungen. Denn es geht nicht zuletzt darum, welcher Teil der Gesundheitsausgaben mittels Steuergeldern und welcher Teil individuell über Kopfprämien finanziert werden soll. Weil die ambulanten Kosten stärker steigen als die stationären, würde eine Mitfinanzierung des ambulanten Bereichs durch den Staat mittel- und langfristig zu einem Anstieg des steuerfinanzierten Anteils führen – mit entsprechenden Umverteilungswirkungen. Wie dieser Effekt zu bewerten ist, hängt von der politischen Grundhaltung ab.

Gilt nun auch der Umkehrschluss, dass also ein Verzicht auf die ambulante Mitfinanzierung durch den Staat zu einem Rückgang des steuerfinanzierten Anteils an den Gesundheitskosten

führt? Dies ist keineswegs zwingend, denn es müssen auch die Kosten für die Langzeitpflege berücksichtigt werden. An diese leisten die Krankenversicherer nur einen untergeordneten Anteil. Gleichzeitig steigen die Kosten für die Langzeitpflege aufgrund der demografischen Entwicklung überproportional. Deshalb könnte der steuerfinanzierte Anteil an den gesamten Gesundheitskosten selbst im bestehenden System steigen – beziehungsweise bei einer allfälligen Einführung der einheitlichen Finanzierung umso mehr.

Doch unabhängig davon, ob Staatsbeiträge nur für den stationären oder auch für den ambulanten Bereich geleistet werden, gilt es festzuhalten, dass diese Form der Finanzierung generell zu hinterfragen ist. Denn im Prinzip handelt es sich hierbei um nichts anderes als um Giesskannensubventionen. Jede Patientin und jeder Patient erhält sie unabhängig vom Bedarf. Zwar erfolgt ein Umweg über die Krankenversicherung beziehungsweise über die Prämien, doch alle profitieren. Es handelt sich gewissermassen um eine Prämienverbilligung für Arm und Reich. Ein solches System ist nicht nur ineffizient, es vernebelt auch den Blick auf die wahren ökonomischen Verhältnisse, also die Tatsache, dass das Gesundheitswesen noch deutlich teurer ist, als es den Prämienzahlenden erscheint.

Eine Änderung dieser Konstellation ist schwierig, da die heutige Situation über viele Jahre Bestand hatte und tief verankert ist. Zudem wäre bei einer Reduktion der Kantonsbeiträge ein signifikanter Anstieg der Prämien zu erwarten. Bei Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen müsste deshalb eine Kompensation via Prämienverbilligung erfolgen. Die verbleibenden eingesparten Mittel sollten sodann der übrigen Bevölkerung zu Gute kommen. Ob dies in Form von Steuererleichterungen oder in anderer Form zu geschehen hätte, wäre im politischen Diskurs zu bestimmen.

Obschon solche Überlegungen relativ theoretisch erscheinen, sind sie doch hilfreich, um konkrete Änderungsvorhaben zu beurteilen, etwa wie folgt: Wenn man davon ausgeht, dass Giesskannensubventionen unzweckmässig sind, müsste man vermeiden, diese noch auszubauen, wie es bei der aktuell diskutierten Form der einheitlichen Finanzierung der Fall wäre, indem Steuergelder in den wachsenden ambulanten Bereich umgeleitet werden. Vielmehr ist dem bestehenden Prämienruck kostenseitig zu begegnen und – wenn der Bedarf ausgewiesen ist – mit individuellen Entlastungsmassnahmen.

Der Regierungsrat setzt entsprechend auf Ansätze, welche eine Dämpfung des Kostenwachstums zum Ziel haben (siehe Antwort auf Frage 3). Dass man damit auf dem richtigen Weg ist, zeigt die gute Positionierung im Prämienvergleich. Auch bei der sozialpolitischen Wirksamkeit der Prämienverbilligung gehört der Kanton Zug nachweislich zur Spitzengruppe. Der Handlungsspielraum auf kantonaler Ebene wird also bereits sehr aktiv genutzt. Es wäre erfreulich, wenn sich durch die Einführung eines «Experimentierartikels» im KVG weitere Möglichkeiten ergäben.

Auf nationaler Ebene setzt sich der Gesundheitsdirektor als Vorstandsmitglied der GDK dafür ein, dass anstelle einer reinen Finanzierungsdiskussion wieder die Frage nach der Systemoptimierung in den Vordergrund rückt.

**Antrag**

Kenntnisnahme.

Zug, 20. März 2018

Mit vorzüglicher Hochachtung  
Regierungsrat des Kantons Zug

Die Frau Landammann: Manuela Weichelt-Picard

Die stv. Landschreiberin: Renée Spillmann Siegwart