

# Regierungsratsbeschluss

vom 24. Februar 2015

Nr. 2015/280

KR.Nr. I 0006/2015 (DDI)

## **Interpellation Felix Wettstein (Grüne, Olten): Spitalfinanzierung: Fehlanreize „stationär statt ambulant“ eliminieren Stellungnahme des Regierungsrates**

---

### **1. Vorstosstext**

Bei der stationären Behandlung von Leistungen, die der obligatorischen Krankenversicherung unterstehen, trägt der Kanton aktuell 51% der Kosten, ab 2017 werden es 55% sein. Die Krankenversicherungen tragen den Rest. Demgegenüber tragen die Versicherungen bei einer ambulanten Behandlung die Kosten alleine – ausgenommen Selbstbehalt und Franchise.

Es gibt verschiedene und zunehmend mehr Operationen, die ambulant durchgeführt werden können: Patientinnen und Patienten können am gleichen Tag wieder nach Hause. Auch Spitäler führen solche ambulanten Behandlungen durch. Allerdings bewirkt der unterschiedliche Finanzierungsmodus einen falschen Anreiz: Das Spital ist versucht, Patientinnen und Patienten eine Nacht in der Klinik verbringen zu lassen, obwohl dies medizinisch nicht zwingend wäre: Die Klinik hat dadurch bessere Erträge. Daran hat verblüffenderweise oft auch die Versicherung ein Interesse: Wenn eine Behandlung beispielsweise ambulant 5000 Franken und im Spital samt Zusatznacht 9000 Franken kostet (von denen der Kanton 55% übernehmen muss), wird die teurere Version auch für die Versicherung lukrativer. Die Kostendifferenz wird dem Kanton, das heisst den Steuerzahlenden, aufgebürdet.

Gemäss der SRF-Sendung „Kassensturz“ vom 26.8.2014 existiert eine Liste mit rund 20 Eingriffen, welche im Regelfall ambulant durchgeführt werden können, gleichwohl jedoch oft zu Spitalaufenthalten führen. Beispiele: Krampfadern-, Meniskus-, Hämorrhoiden-Operationen oder Korrekturen der Nasenscheidewand.

Vor diesem Hintergrund bitten wir den Regierungsrat um Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Was geschieht heute bereits in den Spitälern des Kantons Solothurn, damit Eingriffe, die ambulant möglich sind, auch tatsächlich ohne stationären Aufenthalt (mit entsprechender Kostenfolge) vorgenommen werden?
2. Wie hoch – geschätzt – wäre die jährliche Kosteneinsparung für den Kanton, der sich ja an den Kosten der stationären Behandlung beteiligen muss, wenn alle ambulanten Behandlungen auch in Spitälern nur ambulant vorgenommen würden?
3. Welche Instrumente und Massnahmen plant der Regierungsrat, um den beschriebenen Fehlanreiz, an dem Spitäler und Versicherungen auf Kosten der Steuerzahlenden ein gemeinsames Interesse haben, zu verunmöglichen? Ab wann wird was zur Verfügung stehen bzw. wirken?

### **2. Begründung**

Im Vorstosstext enthalten.

### 3. Stellungnahme des Regierungsrates

#### 3.1 Allgemeine Bemerkungen

Das Anliegen der Interpellanten ist gerechtfertigt. Wenn immer möglich, sollen die medizinischen Eingriffe ambulant erfolgen. Entsprechend diesem Grundsatz „ambulant vor stationär“ sind strukturelle tarifliche Fehlanreize möglichst zu vermeiden bzw. zu beseitigen. Dabei ist es für die Leistungserbringer letztlich unerheblich, wer die medizinischen Eingriffe bezahlt (Selbstzahler, Kantone und/oder Krankenversicherer).

Ambulante Leistungen sind ein Ausdruck des medizinischen Fortschritts (Schwere des Eingriffs, Qualitätsverbesserung). Die meisten Patienten bevorzugen ambulante Eingriffe, insbesondere wenn sie über ein gutes privates Netzwerk verfügen und in der Grundversorgung gut eingebettet sind (Hausarzt, Spitex). Umgekehrt können im Einzelfall auch „soziale Gründe“ für eine stationäre Behandlung sprechen. Die ambulante Leistungserbringung verursacht im Normalfall insgesamt tiefere Kosten und ambulante Patienten sind schneller wieder zu Hause und im Arbeitsalltag integriert. „Ambulant vor stationär“ ist aus medizinischer Sicht, aus Patientensicht und aus volkswirtschaftlicher Sicht erwünscht. Der Prozess soll durch tarifliche Fehlanreize nicht verlangsamt oder beeinträchtigt werden.

Generell können aufgrund des medizinisch-technologischen Fortschritts gesamtschweizerisch immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt werden. Die Kostenanteile an den gesamten Spitalleistungen zeigen dementsprechend eine stark steigende Tendenz der spitalambulanten Leistungen. Seit Einführung des KVG 1996 sind die stationären Leistungen der Spitäler bis 2012 lediglich um 67% gestiegen, die ambulanten Leistungen hingegen um 312%. Der Kostenanteil der ambulant erbrachten Leistungen der Spitäler hat in diesem Zeitraum von 10,8% auf 23,0% zugenommen (BfS, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens).

Die Leistungsabgeltung an die Spitäler ist das Produkt aus „Menge“ x „Preis“. Dabei ist die „Menge“ die Leistung gemäss Tarifstruktur und der „Preis“ ist die Tarifhöhe gemäss Tarifvertrag. Aufgrund der bestehenden Tarifstrukturen (SwissDRG, TARMED) gibt es in beschränktem Umfang finanzielle Fehlanreize. Deren Wirkung dürfte eher klein sein. Sonst hätte der Kostenanteil der von den Spitälern ambulant erbrachten Leistungen seit Einführung des KVG nicht stetig von 10,8% auf 23,0% zugenommen.

Die Tarifstrukturen sind nicht nur im stationären Bereich gesamtschweizerischer Natur (SwissDRG), sondern auch im ambulanten Bereich (TARMED). Gemäss KVG gilt für Tarifverträge mit Spitälern, dass die Pauschalen (Swiss DRG) „auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen“ zu beruhen haben (Art. 49 Abs. 1). Auch die Einzelleistungstarife (TARMED) „müssen auf einer gesamtschweizerisch vereinbarten einheitlichen Tarifstruktur“ beruhen (KVG Art. 43 Abs. 5). Dementsprechend haben wir keine Kompetenz, für Spitäler im Kanton Solothurn Änderungen bei den Tarifstrukturen von SwissDRG oder TARMED zu beschliessen bzw. festzulegen.

Gemäss KVG werden Tarife und Preise in Verträgen zwischen Versicherern und Leistungserbringern (Tarifvertrag) vereinbart (Art. 43 Abs. 4). Parteien eines Tarifvertrages sind einzelne oder mehrere Leistungserbringer oder deren Verbände einerseits sowie einzelne oder mehrere Versicherer oder deren Verbände andererseits (Art. 46 Abs. 1). Dieses Verhandlungsprimat genießt im KVG richtigerweise einen hohen Stellenwert. Jeder Tarifvertrag bedarf der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung oder, wenn er in der ganzen Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat (Art. 46 Abs. 4). Die Kantonsregierung hat die Tarifverträge vor der Genehmigung zu prüfen, ob sie mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen (Art. 46 Abs. 4). Falls nicht oder wenn kein Tarifvertrag zustande kommt, setzt die Kantonsregierung den Tarif fest. Dabei geht es lediglich um die Tarifhöhe bzw. den „Preis“.

Folglich lassen sich auch damit Fehlanreize über regierungsrätliche Genehmigungsentscheide der ausgehandelten Baserates (Swiss DRG) oder Taxpunktwerte (TARMED) nicht korrigieren.

### 3.2 Zu den Fragen

#### 3.2.1 Zu Frage 1:

*Was geschieht heute bereits in den Spitälern des Kantons Solothurn, damit Eingriffe, die ambulant möglich sind, auch tatsächlich ohne stationären Aufenthalt (mit entsprechender Kostenfolge) vorgenommen werden?*

Für den Entscheid, ob eine Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt wird, sind medizinische Gründe ausschlaggebend und nicht versicherungstechnische bzw. finanzielle Überlegungen. Der medizinisch indizierte Entscheid hängt von verschiedenen Faktoren ab, insbesondere von der Diagnose, von der Art des Eingriffes, vom Alter und Gesundheitszustand des Patienten (Nebendiagnosen bzw. zusätzliche Erkrankungen, Behinderungen etc.) sowie von der Risiko einschätzung durch den behandelnden Arzt. Die Kombination der Faktoren wird für jeden Patienten individuell beurteilt und muss medizinisch vertretbar sein. Die Verantwortung für den Entscheid liegt beim behandelnden Arzt und kann nicht im Einzelfall vom Spital vorgegeben werden. Dies wäre aus Gründen der Behandlungsqualität und -sicherheit auch nicht zu verantworten.

Rund die Hälfte aller Spitalbehandlungen der Solothurnerinnen und Solothurner erfolgt in der Solothurner Spitäler AG (soH). Analog der gesamtschweizerischen Situation werden auch in der soH immer mehr Behandlungen ambulant durchgeführt (z.B. Meniskus-Operationen). Ambulante Eingriffe werden vorgenommen, wenn sie medizinisch vertretbar sind, unabhängig von finanziellen Anreizen. Dies ist oft bei einfacheren Eingriffen der Fall. Hinzu kommt, dass für ambulante Operationen die entsprechende tagesklinische Infrastruktur zur Verfügung stehen muss.

#### 3.2.2 Zu Frage 2:

*Wie hoch – geschätzt – wäre die jährliche Kosteneinsparung für den Kanton, der sich ja an den Kosten der stationären Behandlung beteiligen muss, wenn alle ambulanten Behandlungen auch in Spitälern nur ambulant vorgenommen würden?*

Eine verlässliche Kostenschätzung ist ohne die Erteilung eines entsprechenden Expertenauftrags nicht möglich. Aufgrund der sehr eingeschränkten Einflussmöglichkeit auf kantonaler Ebene sehen wir davon ab, eine solche Studie in Auftrag zu geben. Wir werden jedoch der GDK und den Krankenversicherern beliebt machen, eine solche, bspw. über das Obsan, verfassen zu lassen.

## 3.2.3 Zu Frage 3:

*Welche Instrumente und Massnahmen plant der Regierungsrat, um den beschriebenen Fehlanreiz, an dem Spitäler und Versicherungen auf Kosten der Steuerzahlenden ein gemeinsames Interesse haben, zu verunmöglichen? Ab wann wird was zur Verfügung stehen bzw. wirken?*

Aus den Ausfuhungen in Abschnitt 3.1 geht hervor, dass wir gemäss KVG keine Instrumente haben, tarifliche Fehlanreize zu beseitigen. Hingegen bestehen bei der soH grundsätzlich Handlungsmöglichkeiten im Rahmen unserer Eignerfunktion (Aktienkapital zu 100% in Besitz des Kantons). Gegenwärtig wird die soH-Eignerstrategie überarbeitet. In diesem Rahmen ist zu prüfen, ob der Grundsatz „ambulant vor stationär“ unter den versorgungspolitischen Zielen explizit in der Eignerstrategie verankert werden soll.



Andreas Eng  
Staatsschreiber

**Verteiler**

Departement des Innern, Gesundheitsamt (3)  
Soothurner Spitäler AG (soH), Schongrunstrasse 36a, 4500 Soothurn  
Pallas Kliniken AG, Louis Giroud-Strasse 20, 4600 Olten  
Privatklinik Obach, Leopoldstrasse 5, 4500 Soothurn  
Aktuariat SOGEKO  
Parlamentdienste  
Traktandenliste Kantonsrat