

Luzern, 24. September 2024

ANTWORT AUF ANFRAGE**A 251**

Nummer: A 251
Protokoll-Nr.: 1031
Eröffnet: 09.09.2024 / Gesundheits- und Sozialdepartement

Anfrage Raess Cornel und Mit. über die Förderung einer flächendeckenden Grundversorgung im Kanton Luzern

Zu Frage 1: Was unternimmt der Regierungsrat, um sicherzustellen, dass die komplexe Umstellung auf ein neues Tarifwerk mit TARDOC und Pauschalen tatsächlich auch zu einer Stärkung der Grundversorgung im Kanton Luzern bringt?

Der geltende Einzelleistungstarif für die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen in der Praxis und im Spital zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Tarmed, ist veraltet und unübersichtlich. Er soll ab 2026 durch den neuen Einzelleistungstarif Tardoc und durch ambulanten Pauschalen ersetzt werden.

Tardoc und die vorgesehenen ambulanten Pauschalen werden von den Tarifpartnern (Krankenkassenverbände, Spitalverband H+, Ärzteverband FMH) ausgehandelt und sind als gesamtschweizerisch geltende Tarifstrukturen vom Bundesrat zu genehmigen bzw. bei Scheitern der Verhandlungen von diesem festzusetzen. Dem Regierungsrat kommt bezüglich der Tarifstruktur keine Rolle zu. Er hat sich jedoch stets über die entsprechenden interkantonalen Gremien (GDK) dafür eingesetzt, dass der Wechsel zu Tardoc möglichst schnell erfolgt. Denn Tardoc soll einerseits tarifliche Verbesserungen für die nicht-technischen ärztlichen Leistungen und damit insbesondere für die Grundversorger bringen. Andererseits ermöglichen Tardoc und die ambulanten Pauschalen eine bessere Rentabilität ambulanter Behandlungen im Spital und schaffen damit einen wichtigen Anreiz für die Ambulantisierung der Spitalmedizin. Umso mehr bedauert es der Regierungsrat, dass der Bundesrat das Inkrafttreten von Tardoc an jenes der ambulanten Pauschalen geknüpft und auf 2026 hinausgeschoben hat.

Als Tarifstruktur legt Tardoc nur fest, mit wie vielen *Taxpunkten* eine ambulante ärztliche Leistung tariflich bewertet ist. Zur Bestimmung der im Rahmen der OKP von den Krankenversicherern an den Arzt oder die Ärztin zu leistenden Vergütung bedarf es zusätzlich eines *Taxpunktwertes*, mit dem die abrechenbare Anzahl Taxpunkte zu multiplizieren ist (Vergütung = Anzahl Taxpunkte mal Taxpunktwert). Soweit kein gesamtschweizerisch einheitlicher Taxpunktwert vorgesehen ist, wovon auszugehen ist, obliegt es dem Regierungsrat den von den Luzerner Ärztinnen und Ärzten mit den Krankenversichererverbänden ausgehandelten

Tardoc-Taxpunktwert zu genehmigen oder bei Scheitern dieser Verhandlungen hoheitlich festzusetzen. Dabei ist der Regierungsrat neutrale Behörde und an die Vorgaben des Krankenversicherungsrechts gebunden (vgl. Antwort zu Frage 2). Der Entscheid des Regierungsrates kann vor Bundesverwaltungsgericht angefochten werden.

Ob die Hausarztmedizin mit oder trotz Tardoc gestärkt wird, hängt nicht primär von der Höhe des Taxpunktwertes ab, sondern vorab von der Bewertung der hausärztlichen Leistungen mit Taxpunkten in der Tarifstruktur.

Zu Frage 2: Teilt der Regierungsrat die Einschätzung, dass der Bundesrat mit der Vorgabe an die Tarifpartner, die Taxpunktwerte nicht zu verändern, in die Kompetenz der Kantone eingreift, weil diese für die Genehmigung bzw. Festsetzung der Taxpunktwerte zuständig sind?

Die für die Genehmigung und Festsetzung von Tarifen anwendbaren Tarifbestimmungsgrundsätze des Krankenversicherungsrechts sehen insbesondere vor, dass ein Wechsel des Tarifmodells keine Mehrkosten verursachen darf (Art. 59c Abs. 1c KVV). Der Wechsel des Tarifmodells hat damit «kostenneutral» zu erfolgen. Inwieweit dieser Grundsatz bedeutet, dass der Regierungsrat nur einen Tardoc-Taxpunktwert auf der Höhe des bisherigen Tarmed-Taxpunktwertes genehmigen oder festsetzen darf, wird im Rahmen der betreffenden Verfahren, die von den Tarifpartnern einzuleiten sind, zu prüfen sein.

Die in der Anfrage referenzierte Vorgabe des Bundesrates, die uns nicht vorliegt, gibt damit lediglich eine Verordnungsbestimmung wieder. Die Rechtmässigkeit dieser Verordnungsbestimmung ist in juristischen Fachkreisen nicht unumstritten.

Zu Frage Nr. 3: Wie beurteilt der Regierungsrat die Möglichkeit differenzierter Taxpunktwerte im Kanton Luzern, um Fachrichtungen mit starker Unterversorgung (v.a. Haus- und Kinderärzte, Psychiatrie) mit höheren Taxpunktwerte zu unterstützen?

Historisch bestehen im Kanton Luzern bereits differenzierte Taxpunktwerte zwischen freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten und den Spitälern. Dabei handelt es sich jedoch formell um zwei unterschiedliche Arten von Leistungserbringern. Aktuell gibt es keinen Kanton, in dem nach Fachrichtungen und/oder nach Regionen differenzierte Taxpunktwerte für Ärztinnen und Ärzte Anwendung finden (vgl. GDK, [Tarifübersicht](#), August 2024). Ob und inwieweit im Rahmen des Krankenversicherungsrechts, insbesondere im Rahmen des in Antwort zu Frage 2 erwähnten Grundsatzes der Kostenneutralität, nach Fachrichtungen oder nach Regionen differenzierte Taxpunktwerte für Ärztinnen und Ärzte rechtlich möglich und sachlich gerechtfertigt sind, müsste im Rahmen eines entsprechenden Tarifgenehmigungs- oder Festsetzungsverfahrens geprüft werden. Wie in der Antwort zu Frage 1 bereits ausgeführt, ist die Förderung der Hausarztmedizin oder anderer unterversorgter ärztlicher Fachrichtungen primär über eine bessere Bewertung der Leistungen in der Tarifstruktur Tardoc sicherzustellen.

Zu Frage Nr. 4: Sieht der Regierungsrat auch die Möglichkeit in peripheren Regionen einen höheren Taxpunkt festzulegen, um die Peripherie zu stärken, einen Anreiz zu schaffen und die oftmals stärkere Belastung mit dem Notfalldienst zu entgelten

Vgl. Antwort zu Frage 3

Zu Frage Nr. 5: Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass die Löhne der MPA, die Anforderungen an Einrichtung, Geräte und Qualität dauernd gestiegen sind, der Taxpunkt jedoch unverändert blieb. Das heisst die Kosten steigen dauernd, die Einnahmen bleiben gleich. Der E-BITDA von Gruppenpraxen wird immer knapper um die Investitionen und Abschreibungen zu stemmen.

Dass die OKP-Tarife nicht mit der Kostenentwicklung bei Löhnen und Material Schritt halten, ist allgemein bekannt. Das Problem betrifft denn auch nicht die Ärzteschaft allein, sondern alle Leistungsbringer, darunter insbesondere auch die Spitäler, die je länger je mehr in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Zu beachten ist, dass eine aufgrund der Kostenentwicklung eigentlich angezeigte Erhöhung der Tarife jedoch in einem direkten Bezug zu den stetig wachsenden Gesundheitskosten und damit in einem Spannungsfeld mit den steigenden Krankenkassenprämien steht.

Zu Frage Nr. 6: Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass die Anforderungen an Praxisgründungen immer komplexer und finanziell anspruchsvoller werden (Gruppenpraxen) und dass die Förderung und Begleitung von Praxisgründungen auch ein wesentlicher Auftrag der Regierung darstellen sollte (die Grundversorgung ist in der Verfassung verankert und der Regierungsrat kann die Versorgung nicht dem Zufall überlassen). Anstelle von viel Bürokratie und Gesetzgebungen sollten Hilfestellungen und Unterstützung erfolgen. Es gibt viele Vorschriften/Merkblätter von Seiten der Behörden, welche weit über gesetzliche Anforderungen hinausgehen (z.B. Anforderungen an Sterilisation von Instrumenten etc.).

Der Kanton ist bei Praxisgründungen vorab bei der Erteilung der für den Betrieb erforderlichen gesundheitspolizeilichen Bewilligungen involviert. Hier steht die verantwortliche Dienststelle Gesundheit und Sport (DIGE) interessierten bzw. gesuchstellenden Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung und bietet Hilfestellungen. Für die darüber hinaus gehenden Aspekte einer Praxisgründung (Finanzierung, Suche nach Praxisräumlichkeiten, Organisation, Rechtsform, Buchhaltung, Praxisadministration etc.) sind die Ärztinnen und Ärzte – wie alle Unternehmer – selber verantwortlich. Auch gibt es genügend private Dienstleister, welche hier eine Hilfestellung bieten können. Schliesslich können auch die Gemeinden im Sinne der Standortförderung unterstützen (z.B. Hilfe bei der Suche nach bzw. Vermietung von gemeindeseigenen Liegenschaften als Praxisräumlichkeiten).

Was den administrativen Aufwand betrifft, sieht der neue Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung im Kanton Luzern, den der Kantonsrat im Herbst beraten wird, vor, dass dieses Thema im neu vorgesehenen Forum «Integrierte Gesundheitsversorgung Luzern» (IGEL) gemeinsam mit den Leistungserbringern angegangen werden soll. Bereits an dieser Stelle jedoch der Hinweis, dass ein wesentlicher Anteil des Administrationsaufwandes im Praxisalltag von den Krankenversicherern ausgeht oder aus Gründen der rechtlichen Absicherung (Dokumentation) erfolgt. Darauf hat der Kanton keinen Einfluss.

Zu Frage Nr. 7: Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass im Kanton Luzern ein tiefer Taxpunktwert besteht und dass der Medikamentenverkauf eine notwendige überlebenswichtige Einnahmequelle für den Hausarzt ist. Durch den Zwang zur Rezeptabgabe in der Praxis an alle Patienten wird dies vom Kantonsapotheker jedoch untergraben.

Der Taxpunktwert für Ärztinnen und Ärzte im Kanton Luzern ist effektiv einer der tiefsten in der Schweiz (ebenso der ambulante Tarif der Luzerner Spitäler). Dieser tiefe Taxpunktwert hängt einerseits mit der nicht in allen Kantonen bestehenden, uneingeschränkten Möglichkeit zur Selbstdispensation (Medikamentenabgabe direkt in der Arztpraxis) zusammen, andererseits, weil er auf einer mehr als 20-jährigen Kostenbasis beruht. Hier obläge es der Ärzteschaft, in entsprechende Verhandlungen mit den Krankenkassen zu treten und einen Taxpunktwert zu verhandeln, der die heutigen Kosten realistisch abdeckt. Bei einem Scheitern der Verhandlungen müsste der Regierungsrat den Taxpunktwert hoheitlich festsetzen (vgl. Antwort zu Frage 1).

Ärztinnen und Ärzte, die zur Selbstdispensation berechtigt sind, haben nach den Bestimmungen des Heilmittelgesetzes (HMG) des Bundes vor jeder Abgabe eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels zuhanden des Patienten oder der Patientin grundsätzlich eine Verschreibung (Rezept) auszustellen. Der Patient oder die Patientin kann auf eine Verschreibung verzichten (Art. 26 Abs. 4 HMG). Es handelt sich somit um eine gesetzliche Vorgabe des Bundesrechts und nicht um eine Anordnung, die im Ermessen des Kantonsapothekers liegt. Angesichts der – nicht zuletzt aufgrund der Selbstdispensation – geringen Apothekendichte im Kanton Luzern gehen wir nicht davon aus, dass die Pflicht zur Ausstellung eines Rezepts zu signifikanten Einbussen bei den ärztlichen Einkommen führt, zumal die Patientinnen und Patienten – wie erwähnt – auf die Ausfertigung eines Rezepts verzichten können.

Zu Frage Nr. 8: Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass der Hintergrunddienst/Pikettdienst unentgeltlich erfolgt und viele junge Hausärzte davon abhält, die Grundversorgung auf dem Lande auszuüben, weil dort die Belastung deutlich grösser ist als auf dem Lande. Gibt es Alternativen um den Hintergrunddienst zu machen (Spital, Ambulanz etc).

Ärztinnen und Ärzte sind – wie in praktisch allen Kantonen – auch im Kanton Luzern gesetzlich verpflichtet, Notfalldienst zu leisten. Die Organisation des Notfalldienstes obliegt der Ärztesgesellschaft (§ 32 Abs. 2 GesG). Ärztinnen und Ärzte, die keinen Notfalldienst leisten, haben der Ärztesgesellschaft eine Ersatzabgabe zu leisten (§ 32 Abs. 3 GesG). Sowohl Notfalldienst als auch Hintergrunddienst (Pikettdienst) erfolgen dabei unentgeltlich, soweit keine Abgeltung seitens der Krankenversicherer geltend gemacht werden kann und keine subsidiäre Entschädigung durch die Ärztesgesellschaft über die eingezogenen Ersatzabgaben erfolgt.

Die Beanspruchung der Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzte hat in den letzten zwanzig Jahren stetig zugenommen. Problematisch erachten wir dabei insbesondere, die zwischen Stadt und Agglomeration Luzern einerseits und Landschaft andererseits stark unterschiedliche Belastung der Ärztinnen und Ärzten im Hintergrunddienst. Hier ist vorab die Luzerner Ärztesgesellschaft gefordert, für einen Ausgleich zwischen den Regionen zu sorgen. Der Regierungsrat adressiert zudem das Thema der Notfallversorgung im neuen Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung. Im Rahmen des bereits laufenden Projekts «Notfall-Triage» ist das Gesundheits- und Sozialdepartement aktuell daran mit den betroffenen Partnern (Ärztesgesellschaft, Vereinigung Luzerner Hausärztinnen und –ärzte, LUKS etc.) Lösungen für eine zukunftsgerichtete Gestaltung des Notfalldienstes zu erarbeiten. Dies umfasst auch das Thema des Hintergrunddienstes.

Zu Frage Nr. 9: Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass Hausärzte, welche seit vielen Jahren in der Schweiz praktizieren aber das Sprachniveau C nicht erreichen, keine Möglichkeit haben innerhalb der Schweiz den Kanton zu wechseln, weil in jedem Kanton erneut ein Antrag zur Berufsausübungsbewilligung und zum Abrechnen via OKP gestellt werden muss. Fachärzte/Spezialisten haben keine Möglichkeit den Kanton zu wechseln, wenn Sie nicht 3 Jahre in einem 100% Pensum in Ihrem Fachgebiet in einem Spital gearbeitet haben. Dies unabhängig davon, dass sie während vielen Jahren unbeanstandet ihren Beruf in einem anderen Kanton ausgeübt haben.

Die Anforderungen an die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten der OKP richten sich nach dem Krankenversicherungsrecht des Bundes. Dabei wird seit dem 1. Januar 2022 verlangt, dass Ärzte und Ärztinnen in der Lage sein müssen, in der Sprache der Tätigkeitsregion «die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten oder abstrakten Themen zu verstehen und deren implizite Bedeutungen zu erfassen», «sich spontan und fließend auszudrücken, ohne öfter nach Worten zu suchen», sowie «die Sprache wirksam und flexibel zu gebrauchen und sich klar und strukturiert zu komplexen Sachverhalten zu äussern» (Art. 38 Abs. 3 KVV). Mit dieser Umschreibung werden Sprachkenntnisse auf dem Niveau C gefordert. Grundsätzlich sind wir der Ansicht, dass dieses Sprachniveau insbesondere für die ärztliche Grundversorgung oder in der Psychiatrie, wo ein mündlicher Austausch mit den Patientinnen und Patienten zentrale Voraussetzung für eine qualitativ gute Behandlung ist, angemessen ist. Da eine OKP-Zulassung pro Kanton erfolgt, kann es sein, dass Personen mit Sprachniveau B, die bereits in einem Kanton als Leistungserbringer zugelassen sind, nach dem 1. Januar 2022 in einem anderen Kanton nicht mehr zugelassen werden können. Der Besitzstand vermittelt somit keinen Anspruch auf Zulassung in einem anderen Kanton. Dies ist jedoch, wie eingangs erwähnt, eine Frage des Bundesrechts, auf die der Regierungsrat keinen Einfluss hat.

Zu Frage Nr. 10: Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass ein starker Hausarztmangel besteht, viele Hausärzte über das Pensionsalter hinaus arbeiten um die Versorgung sicherzustellen und eine Überalterung herrscht mit unsicherer Zukunft bei der Hausarztmedizin wenn in den nächsten Jahren viele in die Pension gehen. Gibt es konkrete Pläne um mehr Hausärzte auszubilden?

Die DIGE führt als Bewilligungs- und Aufsichtsbehörde der Ärztinnen und Ärzte auch eine entsprechende Statistik. Entsprechende Daten finden sich auch jeweils im Planungsbericht über die Gesundheitsversorgung.

Die Ausbildung von neuen Hausärztinnen und Hausärzten ist schon länger ein Schwerpunktthema im Gesundheits- und Sozialdepartement. Das Praxisassistentenprogramm ermöglicht es Assistenzärztinnen und -ärzten in Weiterbildung zum Facharzt eine Praxisassistenten bei niedergelassenen Hausärztinnen und -ärzten von sechs Monaten zu absolvieren. Ziel des Programms ist es, die vielseitige, interessante und selbstständige Tätigkeit in der Hausarztpraxis und eine Motivation zur Berufswahl zu vermitteln. 130 teilnehmende Ärztinnen und Ärzte haben in den Jahren 2013-2023 einen Facharztstitel erworben. 79 Ärztinnen und Ärzte haben eine Praxistätigkeit im Kanton Luzern aufgenommen und 31 in anderen Kantonen. Das Praxisassistentenprogramm ist ein Erfolg. Der Planungsbericht sieht eine Erweiterung des Angebots vor.

Mit dem zweijährigen Luzerner Curriculum für Hausarztmedizin können Assistenzärztinnen und -ärzte in einer fortgeschrittenen Weiterbildungsphase damit ihren Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin in spezialisierten Fächern vervollständigen. 36 Assistenzärztinnen und -ärzte haben zwischen 2019 und 2024 das Curriculum absolviert

Der Joint Medical Master der Universitäten Luzern und Zürich besteht seit 2020. Pro Jahr starten rund 40 Studierende. Im Herbst 2023 haben 31 Studierende aus dem ersten Jahrgang den Master erfolgreich abgeschlossen. Die Ausbildung findet vor allem in der Versorgungsregion Zentralschweiz statt und fördert damit die lokale Verankerung. Ein weiterer Ausbau des Joint Medical Masters könnte zu einer Stärkung der Luzerner Gesundheitsversorgung führen. Gespräche für einen Ausbau des Programms sind am Laufen.

Zu Frage Nr. 11: Ist sich der Regierungsrat bewusst, dass viele Patienten keinen Hausarzt mehr finden und deshalb Konsultationen im Spital in Anspruch nehmen, auch bei Bagatellen (Kinderspital z.B. 60% Bagatellen, Anzahl echte Notfälle ist gleich geblieben) und dass eine durchschnittliche Konsultation beim Hausarzt 100.- bis 120.-SFR kostet und dass die Konsultationen im Spital ein mehr-faches kosten?

Hausärztinnen und -ärzte üben in der Gesundheitsversorgung eine wichtige und kostendämmende Triagefunktion aus. Mit dem direkten Zugang von Patientinnen und Patienten zu den Spitalnotfällen wird dieses System umgangen, was teurere Behandlungen zur Folge hat, da die Spitäler einen höheren Taxpunktwert haben und die Nutzung der Spitalinfrastruktur zu höheren Kosten führt. Gründe dafür sind neben dem Hausärztemangel auch teilweise ein anderes Verständnis der ausländischen Bevölkerung über die Gesundheitsversorgung, die aus ihren Herkunftsländern daran gewöhnt ist, dass Spitalambulatorien die primäre ärztliche Anlaufstelle sind.

Im Rahmen des bereits erwähnten Projekts «Notfall-Triage» soll dieses Thema adressiert werden. Zudem laufen auf Bundesebene Diskussionen über die Einführung einer Notfall-Pauschale, die bei Bagatellnotfällen von den Patientinnen und Patienten zu entrichten wäre. Eine solche Pauschale erachten wir als nicht unproblematisch. Sie würde vermutlich vor allem den administrativen Aufwand der Spitäler erhöhen, weil diese den Patienten oder die Patientin zuerst untersuchen müssen, bevor sie wissen, ob es ein Bagatellnotfall ist, und danach auch die Gebühr bei den Patientinnen und Patienten eintreiben müssen.