

Parlamentarischer Vorstoss

Vorstoss-Nr.: 153-2017
Vorstossart: Motion
Richtlinienmotion: ☐
Geschäftsnummer: 2017.RRGR.391

Eingereicht am: 13.06.2017

Fraktionsvorstoss: Nein
Kommissionsvorstoss: Nein
Eingereicht von: de Meuron (Thun, Grüne) (Sprecher/in)
Schlup (Schüpfen, SVP)
Rudin (Lyss, glp)

Weitere Unterschriften: 6

Dringlichkeit verlangt: Nein
Dringlichkeit gewährt:

RRB-Nr.: vom
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert
Antrag Regierungsrat:



Kosten sparen im Gesundheitswesen: Ambulante Behandlungen fördern, Fehlanreize im heutigen Tarifsystem vermeiden und damit Steuer- wie auch Prämienzahlende entlasten!

Der Regierungsrat wird gebeten,

1. die nötigen Anpassungen vorzunehmen, damit bestimmte Behandlungen und Untersuchungen, die auf einer Liste publiziert werden, ambulant durchgeführt werden
2. Ausnahmefälle nur zu ermöglichen, indem eine medizinische Begründung der Behandlung gemäss Liste am Vortag des Spitaleintritts nötig wird
3. zu prüfen, inwieweit für diese Anpassung in einem ersten Schritt die Liste von anderen Kantonen als Vorlage genommen werden kann
4. sich bezüglich der Liste auf nationaler Ebene dafür einzusetzen, dass eine für alle Kantone gültige Liste erarbeitet wird
5. sich auf nationaler Ebene dafür einzusetzen, dass eine einheitliche Finanzierung ambulant/stationär (EFAS) erfolgt, damit die heute bestehenden Fehlanreize ausgemerzt werden können
6. sich im Rahmen der Verhandlungen auf nationaler Ebene dafür einzusetzen, dass die Versorgungsplanung weiterhin vom Kanton erbracht wird

Begründung:

Im Gesundheitswesen gibt es diverse Fehlanreize, bei denen ohne Weiteres Steuer- und Prämiegelder gespart werden können, ohne dabei Einbussen bei der Qualität hinnehmen zu müssen. Ein solcher Fehlanreiz führt zum Umstand, dass zu viele Eingriffe stationär (im Spital) vorgenommen werden, die eigentlich ambulant erbracht werden könnten.

Mit der medizinischen Entwicklung, können heute viele Eingriffe getätigt werden, bei denen die Patientinnen und Patienten nicht mehr im Spital verweilen und sich dort u. a. einer erhöhten Infektionsgefahr aussetzen müssen. Dass diese Behandlungen trotzdem stationär durchgeführt werden, liegt u. a. an der heutigen dualen Finanzierung. So werden heute stationäre Eingriffe zu 55 Prozent vom Kanton und zu 45 Prozent vom Krankenversicherer bezahlt.

Ob ein Patient ambulant behandelt wird und am gleichen Tag wieder nach Hause gehen kann oder ob er stationär im Spital bleibt, macht nicht nur für die Betroffenen einen entscheidenden Unterschied, sondern auch bei den Kosten.

Anhand von 13 ausgewählten Eingriffen hat das Beratungsunternehmen PriceWaterhouseCoopers PWC in einer [Studie](#)¹ berechnet, dass stationär erbrachte Spitalbehandlungen im Durchschnitt 2,3 Mal teurer sind als ambulante. Kostet eine ambulante Behandlung zum Beispiel 10 000 Franken, wird derselbe Eingriff stationär durchschnittlich mit 23 000 Franken verrechnet. Bei Patienten mit einer Privatversicherung ist der Unterschied besonders gross.

Andere Kantone haben das erkannt, und so wollen beispielsweise die Kantone Zürich und Luzern in Zukunft unnötige stationäre Spitalaufenthalte vermeiden und die ambulanten Behandlungen fördern. Damit wollen diese auch die Steuerzahlerinnen und Steuerzahler des Kantons entlasten, da ja bei jedem stationären Spitalaufenthalt 55 Prozent der Kosten der obligatorischen Krankenversicherung durch den Kanton bezahlt werden. Luzern und Zürich sind in dieser Hinsicht Pioniere, sie haben bereits Listen erstellt von Eingriffen, die bevorzugt ambulant erfolgen sollen – etwa Krampfader-Operationen oder das Zertrümmern von Nierensteinen. Führt ein Spital eine solche Behandlung trotzdem stationär durch, beteiligt sich beispielsweise der Kanton Luzern nur dann an den Kosten, wenn die stationäre Behandlung medizinisch begründet werden kann. Mit dieser Massnahme können bei gleichbleibender medizinischer Qualität Kosten vermieden werden. Zudem kann der Patient im vertrauten Umfeld übernachten und muss keinen stationären Aufenthalt einplanen.

Doch gleichzeitig zum Vorgehen auf kantonaler Ebene ist eine Lösungsfindung auf Bundesebene in der einheitlichen Finanzierung ambulant/stationär (EFAS) nötig.

Bei den ambulanten Eingriffen zahlen die Versicherer 100 Prozent. Es wäre jedoch zielführender, sämtliche Leistungen zu 100 Prozent über die Krankenversicherer finanzieren zu lassen und – um den Prämienzahler nicht zusätzlich zu belasten – den bisherigen kantonalen Finanzaufwand unabhängig von spezifischen Leistungsbereichen über den Risikoausgleich in die obligatorische Krankenpflegeversicherung einfließen zu lassen. Damit entfallen finanzielle Anreize, die den medizinischen Entscheid beeinflussen, einen Patienten ambulant oder stationär zu behandeln. Zentral dabei ist jedoch, dass die Versorgungsplanung weiterhin in den Händen des Kantons bleibt. Da so eine adäquate und kantonsspezifische Versorgungssicherheit gewährleistet bleibt.

Sowohl bei der Einführung von EFAS und von ambulanten Listen ist darauf zu achten, dass die Kantone ihre Kontrollfunktion wahren können, ohne eine übermässige und teure Bürokratie aufbauen zu müssen. Dazu gehört insbesondere, dass national nur eine ambulante Liste geführt wird.

¹ https://www.pwc.ch/de/publications/2016/Ambulant_vor_stationär_DE_16_web_final.pdf

Der Kanton Bern kann mit dem verlangten Vorgehen einen aktiven Beitrag dazu leisten, das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen, wovon die Steuer- als auch die Prämienzahler profitieren. Zudem dürfte es helfen, wenn mehrere Kantone aktiv werden, dass auf Bundesebene rascher eine Lösung gefunden wird, mit der Fehlanreize im heutigen Tarifsysteem vermieden werden und die Finanzierung ambulant und stationär einheitlich erfolgt.

Verteiler

- Grosser Rat