

**Der Grosse Rat Le Grand Conseil
des Kantons Bern du canton de Berne**

Dienstag (Nachmittag), 3. September 2019 / Mardi après-midi, 3 septembre 2019

Gesundheits- und Fürsorgedirektion / Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale

27 2018.RRGR.694 Motion 238-2018 glp (Schöni-Affolter, Bremgarten)
Bessere Qualität bei chirurgischen Eingriffen unter geübter Hand: Einführung von Mindestfallzahlen pro Chirurg/Chirurgin in der SPLG

27 2018.RRGR.694 Motion 238-2018 pvl (Schöni-Affolter, Bremgarten)
Meilleure qualité des interventions chirurgicales par des mains expertes : introduction d'un nombre minimum de cas par chirurgien-ne dans les GPPH

Präsident. Wir kommen zum Traktandum 27, eine Motion der glp, vertreten durch Grossrätin Schöni-Affolter. Würde sie bitte jemand einloggen? – Herr Egger, würden Sie bitte Ihre Nachbarin einloggen? Besten Dank. Frau Schöni, Sie haben das Wort.

Franziska Schöni-Affolter, Bremgarten (glp). Ich möchte mit meiner Motion die Regierung beauftragen, die Mindestfallzahlen für gewisse Operationen nicht pro Standort, sondern pro Operateur/Operatrice, also Chirurg/Chirurgin, festzulegen. Dies steht schon lange an, aber der zweite Halbschritt wurde noch nie gemacht. Wir sind uns einig – und da spreche ich im Namen von allen hier drin –, dass man sich gerne unter das Messer eines Chirurgen mit einer gewissen Erfahrung legt, der nicht irgendwo im Nebel herumstochert, sondern genau weiss, wann er wo was machen muss. Zudem – dies setzt auch die Antwort der Regierung voraus – sollte der ganze Behandlungspfad gut vorbereitet und danach die Operation sowie anschliessend auch die Nachbereitung gut sein, um Komplikationen möglichst zu verhindern; darum geht es nicht. Es geht effektiv darum, dass ich eigentlich möchte, dass bei schwierigen Operationen der Operateur / die Operateurin genug Erfahrung hat. Dies kann man effektiv mit der Mindestfallzahl pro Operateur erreichen, und nicht pro Standort, an dem verschiedene Operateure tätig sind, für schwierige Fälle. Die Spitalplanungs-Leistungsgruppe (SPLG) hat bis jetzt Mindestfallzahlen pro Standort für 26 Leistungsgruppen definiert. Dies war der erste Halbschritt. Jetzt geht es effektiv noch um eine Verfeinerung.

Die Antwort der Regierung war nicht negativ. Ich hatte Freude daran, wie sie geantwortet hat. Nur zuletzt hat sie noch die Notbremse gezogen und will ein Postulat annehmen. Die Argumentation war für mich auch nicht ganz stringent, indem sie mit der interkantonalen Organisation argumentiert hat. Ich gebe ihr recht: Dies macht immer guten Sinn im Gesundheitswesen, wo sonst bei den Kantonen Grenzen gesetzt sind. Aber Zürich hat unter anderem die Mindestfallzahlen pro Operateur bei schwierigen Operationsfeldern schon eingeführt. Basel ist geplant, Solothurn ist geplant. Dies ist der Stand Anfang 0019. Ich weiss nicht, vielleicht sind es inzwischen schon mehr, die es planen. Also, Bern würde wieder hinterherhinken, wenn man eine interkantonale Kooperation anstreben würde. Andere Kantone hatten den Mut schon und machten dies bereits. Zusätzlich sagt die Regierung, es sei schwierig beim Belegarztsystem. Dies haben wir hier im Kanton Bern mit den Privatspitälern. Dies haben aber auch der Kanton Zürich und der Kanton Basel-Stadt. Auch dieses Argument überzeugt mich nicht wahnsinnig. Das letzte Argument ist die heterogene Spitallandschaft. Diese haben wir auch, das gebe ich zu, mit kleinen Spitälern und grossen Spitälern. Aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, es geht nicht um die 0815-Operation, sondern es geht um schwierige Operationen, die nicht in jedem Landspitalchen gemacht werden.

Alles in allem finde ich die Argumentation für nur ein Postulat etwas wackelig, nicht ganz stringent. Mein Ziel wäre ja eigentlich einfach: Den Medizinalstandort Bern, der sich sagt, dass er Weltklasse ist, möchte ich dahin bringen, und dies können wir nur, wenn die Leistung der Operateure gut ist. Die Leistung der Operateure ist nur gut, wenn sie gut operieren. Gutes Operieren ist immer abhängig von der Erfahrung, die man hat. Also, deswegen bin ich gespannt auf die Argumentation des Regierungsrates, warum er dies nicht als Motion annehmen will. Wir wollen doch alle unter das Messer eines Operateurs, der gute Erfahrungen hat.

Präsident. Das Rednerpult wäre offen für die Fraktionen. Offenbar will niemand sprechen. – Doch! In dem Fall gebe ich das Wort Elisabeth Striffeler für die SP-JUSO-PSA.

Elisabeth Striffeler-Mürset, Münsingen (SP). Gleich zu Beginn: Ich finde es etwas allerhand, wenn Frau Schöni behauptet, dass Chirurgen, die nicht die Mindestfallzahlen vorweisen können, im Nebel herumstochern.

Die Motionärin fordert die Einführung von Mindestfallzahlen, nicht nur pro Standort, sondern auch pro Chirurgin oder Chirurg für heikle Operationen. Sie geht davon aus, dass dadurch die Qualität der spezialisierten Chirurgie steigen wird. Sie stützt sich auf das Bundesverfassungsgerichtsurteil aus dem Kanton Zürich. Grundsätzlich erachtet die SP-JUSO-PSA-Fraktion die Mindestfallzahl bei schwierigen Operationen pro Operateur/Operateurin als sinnvolle Ergänzung der Fallzahlen pro Standort. Dabei wird aber die weitere Behandlung des kranken Menschen nicht beachtet. Die Qualität der Anästhesie, der Intensivpflege, der Überwachungsstation werden dabei nicht berücksichtigt. So wird die Behandlungskette nicht gesamthaft verbessert. Dabei führt die Erfassung der Daten einmal mehr zu einem nicht zu unterschätzenden administrativen Mehraufwand.

Die SP-JUSO-PSA-Fraktion unterstützt die Haltung des Regierungsrates, dass zuerst eine interkantonale Koordination eingeführt werden muss. Die heterogene Spitallandschaft im Kanton Bern ist nicht zu vergleichen mit jener des Kantons Zürich. Auch die Belegärzte in den Privatspitälern müssen berücksichtigt werden. Wie soll ein Notfalldienst aufrechterhalten werden, wenn alle zuständigen Operateure eine Mindestfallzahl einhalten müssen? – Die Medizin wird immer weiblicher, und dadurch nimmt auch der Anteil der Teilzeitpensen zu. Wie sollen Chirurginnen oder Chirurgen, welche ungefähr 50 Prozent arbeiten, die nötigen Mindestfallzahlen erreichen? – Dies führt dazu, dass die Mindestfallzahlen so oder so erreicht werden, einfach durch Eingriffe, die nicht nötig wären, was auch nicht zu besserer Qualität führen würde und auch nicht patientenorientiert wäre.

Unsere Fraktion wird die Motion mehrheitlich ablehnen, ein Postulat zum Teil unterstützen. Es wird auch ganz wenige Stimmen geben, die den Vorstoss annehmen.

Präsident. Für die Grünen spricht Beat Kohler, es ist sein erstes Votum im Grossen Rat.

Beat Kohler, Meiringen (Grüne). Dass die Erfahrung erfahrungsgemäss zu einem besseren Resultat und damit zu einer besseren Qualität führt, dürfte unbestritten sein. Mein Mangel an Erfahrung, die ich hier habe, führt vielleicht zu mangelnder Qualität, und ich bitte deswegen um Nachsicht.

Wo, wenn nicht beim Operieren von Menschen, darf der Wert der Erfahrung besonders gross sein. Ich musste mich Anfang Jahr unfreiwillig unters Messer legen und war froh, dass sie im Spital Interlaken viel Erfahrung mit komplizierten Beinbrüchen haben. Aus diesem Grund gibt es im Kanton Bern für 26 Leistungsgruppen Anforderungen an eine Mindestfallzahl. In der Regel sind dies 10 Fälle pro Standort und Jahr. Die Motionärin verlangt jetzt eine Mindestfallzahl für heikle Operationen, nicht nur pro Standort, sondern auch pro Chirurgin respektive Chirurg. Die Logik liegt auf der Hand, es operiert ja nicht das Spital, sondern eine Person. Deswegen unterstützt die grüne Fraktion die Stossrichtung dieses Vorstosses.

Doch mit dem geübten Operateur allein ist es nicht getan. Gerade bei komplexen Operationen braucht es ein ganzes Team, welches für das Ergebnis genauso mitentscheidend ist, und es braucht die richtige Nachsorge. Der vom Kanton Zürich und den anderen Kantonen eingeschlagene Weg, welche die Fallzahlen pro Operateur vorgeben, scheint uns ein Schritt in die richtige Richtung. Deswegen hoffen wir auch, dass die medizinische Statistik bald angepasst wird, dass eine Auswertung der Mindestfallzahlen auf der Ebene der Chirurginnen und Chirurgen möglich wird. Wenn dies der Kanton Zürich, aber auch die Kantone Basel, Solothurn, Appenzell Ausserrhoden können, dann dürften wir dies auch im Kanton Bern, der sich als ein wichtiger Medizinalstandort in der Schweiz sieht, erwarten.

Genauso wichtig wie die Mindestzahl pro Operateur ist die gesamtheitliche Sicht über die ganze Behandlungskette. Doch wie diese in den Mindestfallzahlen berücksichtigt werden könnten, bleibt offen. Kritisch ist auch, dass unter dieser Vorgabe noch mehr operiert würde, damit man schneller auf die geforderte Anzahl Operationen kommt. Dies ist der Grund, warum ein Teil der grünen Fraktion diesem Vorstoss kritisch gegenübersteht. Würde dieser in ein Postulat umgewandelt, helfe die ganze Fraktion, diesen zu überweisen. Abschliessend möchte ich festhalten, dass es für uns Grüne wichtig ist, dass mit einem überwiesenen Vorstoss ein erster Schritt zugunsten der Patientensicherheit gemacht wird.

Hans-Peter Kohler, Spiegel b. Bern (FDP). Wir haben alle dasselbe Ziel: Wir wollen eine gute Qualität des chirurgischen Eingriffs. Wir wollen auch eine gute Nachbetreuung. Dies ist auch etwas ganz Wichtiges. Und wir wollen ganz am Anfang auch eine gute Indikationsstellung, ob man operieren muss oder nicht.

Die Mindestfallzahlen pro Chirurgen, diese können schon ein wichtiges Element sein, wenn man von Qualität spricht. Ich habe zwei Beispiele: Nehmen wir ein Regionalspitalzentrum. Es geht um einen bestimmten Eingriff, von dem man 20 braucht. Der Chefarzt dort macht 16, aber er macht alle ganz allein. Jetzt gehen wir in ein Zentrumsspital, welches 40 Eingriffe dieses bestimmten Falls hat. Das Ziel ist erreicht, Mindestfallzahl 20, verteilt auf 8 Oberärzte. Jeder Oberarzt macht 5 Eingriffe. Weshalb sage ich dies? – Es zeigt das Problem. Es ist interessant, dies kam insbesondere von grösseren Häusern, dass man es wegen der Qualität im grossen Haus machen will. Es ist also sehr berechtigt, dass man auch über diese Fallzahlen pro Chirurg spricht. Wir könnten dasselbe bei einem Belegarzt sagen, der 20 Eingriffe vorweist, aber diese in zwei Spitälern macht. Die beiden Spitäler dürften dann diese Eingriffe nicht machen. Mir ist klar, die Nachsorge ist auch ein wichtiger Teil.

Es ist so, dass doch noch ein paar Fragen offen sind. Der Regierungsrat führt dies aus. Die FDP-Fraktion hat sich deswegen auch entschieden, dass man den Vorstoss als Postulat und nicht als Motion überweisen sollte. Eine ganz, ganz kleine Minderheit, welche gerade am Mikrofon steht, würde auch problemlos eine Motion unterstützen, weil dies für mich etwas Wichtiges ist. Aber ich bin der FDP-Fraktionssprecher. Die ganz grosse Mehrheit will das Postulat.

Melanie Beutler-Hohenberger, Gwatt (EVP). Aus Sicht der EVP macht es Sinn, zu überlegen und zu überprüfen, wie man die Qualität von chirurgischen Eingriffen noch verbessern könnte. Dies ist in unser aller Sinn. Jeder kann einmal ein Patient/eine Patientin werden.

Mindestfallzahlen, dies sehen wir, können ein Indikator sein, um die Qualität von solchen chirurgischen Eingriffen zu gewähren. Allerdings muss man hier auch sagen: «Achtung», denn sie bieten natürlich auch falsche Anreize. Damit die Mindestfallzahlen erreicht werden, werden vielleicht auch Operationen getätigt, die vielleicht gar nicht so nötig wären. Es wurden noch andere Seiteneffekte oder negative Effekte in der Antwort des Regierungsrates erwähnt, auf die ich gar nicht eingehen will.

Ich sage noch etwas ganz anderes. Ich glaube, ich habe zu Jahresbeginn in einem Artikel in der «Neue Zürcher Zeitung (NZZ)» etwas gelesen, das in eine Richtung geht, in welche wir uns vielleicht hinbewegen könnten. Und zwar stellt der Autor die Qualität ins Zentrum, sagt aber, dass man diese dort messen soll, wo sie hinauskommt. Ist es gut gekommen? Ist der Outcome dieses Eingriffes gut, ist der Nutzen für den Patienten da? – Er schreibt in diesem Artikel sogar: «Gute Chirurgie ist keine Einzelleistung des Starchirurgen oder der Starchirurgin, sondern eine Teamleistung.» Dies beantwortet auch gleich die Frage, ob es reicht, wenn man zu den Mindestfallzahlen pro Standort auch noch die Mindestfallzahlen pro Operateur hinzufügt. Dies reicht nämlich nicht. Es sind vor- und nachgelagerte ganze Systeme und Teams, die man mitberücksichtigen müssten. Der Artikel geht noch in eine andere Richtung: Wenn man schon in Richtung Qualitätsdiskussion gehen will, müsste man eigentlich auch diese Qualität mit Daten, mit Kenntnis über die Wirkung dieser Eingriffe, belegen können. Wir müssten die Behandlungsqualität und den Patientennutzen messen können, und es müsste vielleicht jemand Unabhängiges sein. Wenn wir also im Gesundheitswesen den Outcome so hoch bewerten, wie wir dies aus EVP-Sicht oder auch aus Patientensicht tun sollten, dann brauchen wir vielleicht etwas Neues, eine Art Institution, welche genau die medizinische Qualität misst, die genau die medizinische Qualität, welche mit einem Eingriff erreicht werden soll, festlegt. Dies wäre aus EVP-Sicht ein gangbarer und transparenter Weg für einen solch nutzenorientierten Wettbewerb im Gesundheitswesen. Wenn man schon von Wettbewerb sprechen muss, dann wenn schon nutzenorientiert.

Also, ich fasse zusammen: Unser Ja zu diesem Postulat sagt lediglich Ja zu einer umfassenden Prüfung von Qualitätsindikatoren. Ich möchte eigentlich nicht Ja sagen, zu einer A-priori-Einführung von Mindestfallzahlen pro Operateur, aber zu einer Prüfung von weiteren Wegen, wie man Qualität von Eingriffen steigern kann.

Peter Gerber, Schüpfen (BDP). Ich gehe davon aus, dass Begriffe wie im «Nebel stochern» und «Landspitälchen» Ausrutscher der Motionärin waren. Bei 26 Leistungsgruppen gilt heute in der Regel 10 Fälle pro Standort als Mindestzahl für die Bewilligung auf der Spitalliste. Eine Leistungsgruppe ist eine Kombination mit der Diagnose, ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases*

and Related Health Problems, 10th revision). Die Motion macht eigentlich Sinn, weil der Operateur und sein Team massgebend sind für die Erfahrung. Ein Team besteht aber nicht nur aus dem Skalpellführer. Ein Team ist eine ganze Mannschaft. Wenn sie nachher eine ganze Mannschaft erfassen wollen, um zu sehen, dass die Zahlen erreicht werden, wird dies ein sehr grosser Aufwand. Die BDP lehnt die Motion einstimmig ab, kann aber einem Postulat zustimmen.

Carlo Schlatter, Thun (SVP). Liebe Franziska Schöni-Affolter, jetzt hatten wir eine so schöne Mittagspause, und nun muss ich gegen Sie sprechen. Ich nehme an, dass niemand hier im Saal gegen gute Qualität in der Chirurgie ist. Auf den ersten Blick scheint es einleuchtend, dass man mit Fallzahlen Qualität steuern kann. Dazu gibt es entsprechende Studien, Untersuchungen, Expertenmeinungen und so weiter. Es ist aber wahrscheinlich ein Trugschluss, wenn die Politik meint, wie dies in anderen Kantonen schon der Fall ist, sie könne mit dem Festlegen von Mindestfallzahlen auf den Chirurgen die Qualität steuern. In der Realität ist die ganze Angelegenheit etwas komplizierter. Ich meine nicht nur die fehlenden Instrumente, wie IT, wo man Zahlen erfassen kann. Nein, Fallzahlen eignen sich eigentlich nur bedingt als Qualitätsindikator. Ein gutes und einfaches Beispiel ist die Herztransplantation.

Im Inselspital wurden im Jahr 2018 12 Herztransplantationen durchgeführt, in Zentren in den USA über 100 pro Jahr. Ist die Qualität also im Inselspital schlechter als in den USA? – Nein, auf gar keinen Fall, weil die Zahlen zeigen, dass wir hier in der Schweiz – gemäss Swisstransplant – einen exzellenten Outcome haben. Schon jetzt müssen Chirurginnen und Chirurgen in der Ausbildung für ihren Facharzttitel ihre Fallzahlen dokumentieren, was sie nach bestem Wissen und Gewissen machen. Im Zentrum, wenn es um die Sub-Spezialitätentitel geht, wenn es um Studien, Prestige und öffentliche Leistungsaufträge geht, und die politische Einflussnahme viel grösser wird, erhöht sich der Druck nicht nur auf die Indikationsstellung, sondern man wird auch im Umgang mit den Zahlen ziemlich kreativ. Dies erlebte ich als junger Chirurgieassistent auf dem Land mit dem Chef. Wenn ich dort eine Darmoperation assistierte, machte der Chef für die Operation einen Strich, und ich konnte als Assistent eine Assistenz verbuchen. Später, dann im Zentrum, vermehrte sich der Eingriff statistisch auf wundersame Art und Weise. Jeder Chirurg, der beim Eingriff anwesend war, konnte die Operation für sich verbuchen. Im Weiteren vermehrten sich die Operationen. Es gab einen Strich für die Laparotomie, einen Strich für die Darmresektion, einen Strich für das Anziehen des Stomas und einen Strich für denjenigen, der den Bauch zunähte. Wenn man dann noch die Trainingsoperationen an Leichen und Schweinen in die eigene Statistik aufnimmt, wird eine Aussage über die Qualität ziemlich schwierig. Wenn sich die Politik mit dem Argument von Qualität und Fallzahlen in den Verteilungskampf einmischen will, sollte sie konsequenterweise nicht vor der Kantons-grenze Halt machen, sondern sie sollte zum Beispiel ein einziges schweizerisches Herzzentrum fordern, und zwar vielleicht in Zürich. Darüber wären wir natürlich in Bern nicht so glücklich.

Selbstverständlich gibt es auch in der Schweiz sehr viele gute und ein bisschen weniger gute Chirurgen. Aber, meine Damen und Herren, das A und O eines qualitativ hohen Eingriffs ist – neben der korrekten Indikation, diese liegt der Operation zugrunde – ein sehr gut ausgebildeter, seriöser, begabter und motivierter Chirurg oder Chirurgin mit einem optimalen, professionellen Team und vor allem mit der richtigen Infrastruktur. Dafür sind die einzelnen Fachgesellschaften und Kliniken in der Verantwortung. Dieser Meinung ist, neben den vielen Chefärzten, welche solch komplizierte Eingriffe routinemässig durchführen, sogar der oberste Transplantationsmediziner der Schweiz, und dieser wird dies wohl wissen.

Die Politik muss ganz klar ihre Kontrollfunktion in der öffentlichen Gesundheit wahrnehmen. Es ist aber unsinnig, wenn der Gesetzgeber die Qualität einzelner Akteure festschreiben will. Überlassen wir das Management und das Controlling der Qualität den dafür geeigneten verantwortlichen Gremien und Fachgesellschaften, Qualitätsausschüssen und so weiter. Ich bitte Sie, all den engagierten, kompetenten und hochmotivierten Chirurginnen und Chirurgen keine weiteren Steine in den Weg zu legen und mit unnützen Gesetzen ihre Arbeit nicht zusätzlich zu erschweren. Die SVP lehnt den Vorstoss als Motion und als Postulat einstimmig ab.

Präsident. Wir kommen zu den Einzelsprechenden; als erste Meret Schindler, SP.

Meret Schindler, Bern (SP). Ich habe noch einen anderen Aspekt oder einen anderen Blickwinkel. Es ist so, dass in den Spitälern Ärztinnen und Ärzte prinzipiell eine 50 Stundenwoche für ein 100 Prozentpensum haben, respektive beim Kader schaut man etwas weniger genau hin, ob sie nach 50 Stunden nach Hause gehen oder nicht. Bei den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten

wird sehr genau darauf geschaut, dass die Arbeitszeit nicht überschritten wird. Dies heisst aber: Wenn man 50 Stunden arbeitet, ist die Vereinbarkeit mit einer Familie relativ schwierig, wenn man zum Beispiel einen Partner oder eine Partnerin hat, der oder die auch arbeiten will. Sehr viele Ärztinnen und Ärzte arbeiten weniger als 100 Prozent oder würden dies gerne, genau deswegen. Wenn man dann als Ärztin oder als Arzt mit Kindern zum Beispiel nur 80 Prozent arbeitet, also nur 40 Stunden pro Woche, hat man einfach ein Problem auf diese Fallzahlen zu kommen. Dies ist, aus meiner Sicht, sehr schnell eine direkte beziehungsweise eine indirekte Diskriminierung von Eltern oder, in dem Fall doch in der Mehrheit, von Müttern, wenn man die Fallzahlen auf Personen herunterbricht. Deswegen werde ich auch dem Postulat sicher nicht zustimmen.

Präsident. Wünscht Frau Schöni vor dem Regierungsrat das Wort? – (*Grossrätin Schöni-Affolter stolpert beinahe über eine Stufe. / Mme la députée Schöni-Affolter trébuche presque sur une marche.*) Vorsicht, sonst braucht es eine Operation! (*Heiterkeit / hilarité*) Sie haben das Wort.

Franziska Schöni-Affolter, Bremgarten (glp). Vielen Dank für die guten und vielfältigen Überlegungen zu diesem ziemlich heiklen Thema. Mir ist natürlich bewusst, dass der Operateur allein nicht verantwortlich ist für das ganze Geschehen. Aber, wie gesagt, Vorsorge, richtige Indikation, Operation und nachher vor allem auch die Nachsorge mit einer Kennung der Komplikationen, die auftreten können, dies ist genau gleich wichtig. Ich bin auch nicht der Meinung, dass ich mit dieser Motion die ganze Welt retten kann. Es ist einfach ein kleines Schrittlchen in die richtige Richtung. Ich glaube, dies habe ich auch von Verschiedenen gehört. Dies ist das, was wir wollen. Wir wollen unser Leben in erfahrene Hände legen, wenn wir dies müssen.

Dann habe ich noch ein Wort zur EVP-Fraktion. Melanie Beutler sagte, dass die Behandlungsqualität wichtig sei. Ich bin absolut auch dieser Meinung. Ich motionierte dies (*M 155-2016*) vor zwei Jahren, es wurde angenommen, und ist jetzt im Gang. Es wird als Teil der ganzen Behandlungskette im Moment umgesetzt, so hoffe ich. Dass die Fallzahl pro Operateur etwas schwieriger zu erfassen ist, auch da gebe ich zu, dass dies richtig ist. Wir erfinden die Welt nicht neu. Wir können auf die Erfahrung eines grossen Kantons zurückgreifen, der auch nicht alltägliche Eingriffe macht. Zürich hat diese Fallzahlen pro Operateur für gewisse Indikationen schon. Also auch dort, ich wage es noch einmal zu behaupten, stochern wir nicht im Nebel.

Gut. Ich finde, dies ist ein zu wichtiges Thema. Wir sind auf dem richtigen Weg, wenn wir hier weiterfahren, um unseren Medizinalstandort hochzuhalten. Ich bin gewillt, dies in ein Postulat zu wandeln, und hoffe, dass Sie dem Postulat zustimmen können.

Präsident. Je donne la parole à Monsieur Schnegg.

Pierre Alain Schnegg, directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale. Cette motion demande que les nombres minimaux de cas ne soient pas uniquement définis par site, mais également par chirurgien ou chirurgienne. Le Conseil-exécutif partage l'avis de la motionnaire qu'un nombre minimum de cas par opérateur, pour certains types d'interventions chirurgicales délicates, pourrait judicieusement compléter la réglementation relative au nombre minimum de cas par site. J'ajouterais qu'elle pourrait même remplacer, dans certains cas, le nombre minimum par site par un nombre minimum par opérateur, ce qui en plus permettrait de favoriser la collaboration entre hôpitaux. La réglementation actuelle des nombres de cas minimum par site permet de garantir l'expérience clinique de l'ensemble du personnel spécialisé : anesthésie, infirmier et infirmière, unité de surveillance etc., avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. Bien souvent, leur travail est essentiel pour le repérage précoce et la maîtrise des complications. L'introduction d'un nombre minimum de cas par chirurgien – chirurgienne devrait être coordonnée au niveau intercantonal. La statistique médicale ne permet actuellement pas de recenser l'opérateur. Il donne par contre pour l'instant l'indication du site. De plus, le relevé de ces informations devrait pouvoir être contrôlé d'une manière simple et efficace. Nous recevons beaucoup de données de la part des hôpitaux, et la première chose que nous devons faire chaque fois que nous en recevons, c'est, comme les Suisses allemandes le disent très bien, nous devons les « plausibilisieren ». Permettez-moi de douter que la qualité d'une telle information pourra-t-elle être utilisée avec des mesures contraignantes aussi longtemps que cette identification ne pourra pas se faire de manière automatique.

J'aimerais également mentionner que les nombres de cas minimum sont parfois, hélas, de faux incitatifs pour augmenter les quantités. Je doute qu'un chirurgien ou une chirurgienne ayant atteint neuf cas au mois de novembre hésite longtemps à opérer une dixième personne au mois de décembre

pour atteindre son quota. Le canton de Berne suit avec beaucoup d'intérêt les travaux en cours dans le canton de Zurich. Mais avant de mettre un tel système en place, il nous faut pouvoir garantir la qualité des données récoltées, et les possibilités de limiter les faux incitatifs. C'est la raison pour laquelle le gouvernement vous invite à accepter cette motion sous la forme d'un postulat.

Präsident. Wir kommen zur Abstimmung. Die Motionärin hat in ein Postulat gewandelt. Wer das Postulat annimmt, stimmt Ja, wer dieses ablehnt, stimmt Nein.

Abstimmung (Geschäft 2018.RRGR.694; als Postulat)
Vote (Affaire 2018.RRGR.694 ; sous forme de postulat)

Der Grosse Rat beschliesst: / Décision du Grand Conseil :

Ablehnung / Rejet

Ja / Oui 62

Nein / Non 78

Enthalten / Abstentions 1

Präsident. Sie haben das Postulat abgelehnt mit 78 Nein-Stimmen gegen 62 Ja-Stimmen bei 1 Enthaltung.