



Parlamentarischer Vorstoss

Antwort des Regierungsrates

Vorstoss-Nr.: 122-2023
Vorstossart: Interpellation
Richtlinienmotion: ☐
Geschäftsnummer: 2023.RRGR.16969

Eingereicht am: 05.06.2023

Fraktionsvorstoss: Nein
Kommissionsvorstoss: Nein
Eingereicht von: Patzen (Bern, Grüne) (Sprecher/in)
Ruch (Bern, Grüne)
Weitere Unterschriften: 0

Dringlichkeit verlangt: Ja
Dringlichkeit gewährt: Ja 08.06.2023

RRB-Nr.: 866/2023 vom 16. August 2023
Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Auswirkungen der Liberalisierung des Gesundheitswesens kritisch hinterfragen

Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist heute komplex und durchsetzt von Fehlanreizen. Erstens sind die medizinischen Leistungen im ambulanten Bereich durch zu tiefe Tarife unterfinanziert. Zweitens fressen die ständigen Tarifverhandlungen zwischen Spitalgruppen und Krankenkassen sehr viele Ressourcen. Und drittens führt die Verhandlungsmacht privater gewinnorientierter Player wie Krankenkassen oder Pharmakonzerne zu einem extrem hohen ökonomischen Druck auf die Gesundheitsversorgung. Die Folgen, mitunter auch in der Wechselwirkung mit dem Personalmangel, sind Qualitätsabbau und ein zunehmend ungleicher Zugang zu medizinischen Leistungen je nach ökonomischer Situation.

Der Regierungsrat wird um Beantwortung folgender Fragen gebeten:

1. Wie viele Ressourcen (Personal, finanzielle Mittel) werden im Kanton Bern jährlich für die Tarifverhandlungen zwischen Spitälern und Krankenkassen eingesetzt? Welche Zahlen oder Schätzungen liegen vor? Gibt es hier Vergleichswerte aus anderen Kantonen?
2. Wie viele Tariffestsetzungsverfahren aus welchen Jahren sind heute beim Kanton hängig? Warum? Bis wann können diese voraussichtlich abgeschlossen werden?
3. Welche Modelle der Spitalfinanzierung verfolgen andere Kantone (z. B. höhere gemeinwirtschaftliche Leistungen, direkte Defizitdeckung, höherer Abgeltungsschlüssel)?
4. Welche nichtprivatisierten oder nichtausgelagerten Spitäler gibt es noch in der Schweiz? Wie stellt sich deren Situation im Vergleich zur Situation der Spitäler im Kanton Bern dar?
5. Sind die Rahmenbedingungen für Privatspitäler in allen Kantonen ähnlich oder bestehen hier Unterschiede? Worin bestehen diese?
6. Auch im Kanton Bern ist eine Tendenz spürbar, dass sich Gemeinden direkt finanziell engagieren müssen, um eine regionale Grundversorgung aufrechtzuerhalten. Ist diese Entwicklung überall in der Schweiz feststellbar? Welche Beispiele gibt es, wo Gemeinden sich

direkt finanziell in der medizinischen Grundversorgung beteiligen? Wie funktionieren diese Modelle, die der Auslagerungs- und Privatisierungslogik entgegenwirken, längerfristig?

7. Um den schädlichen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Gesundheitswesen einzudämmen braucht es eine öffentliche Krankenkasse. In der Behandlung der Standesinitiative 21.322 des Kanton Waadts machte die zuständige Kommission des Ständerates deutlich, dass die Kantone bereits heute die Möglichkeit hätten, eigene Krankenkassen zu gründen.¹ Auf welche Rechtsgrundlage hat sich die SGK-S in dieser Debatte bezogen? Gilt das auch für Gemeinden? Teilt der Regierungsrat diese Einschätzung?

Begründung der Dringlichkeit: Die beiden Spitalschliessungen Tiefenau und Münsingen zeigen einmal mehr auf, wie unberechenbar das Finanzierungssystem des Gesundheitswesens heute ist, das komplexe System macht eine politische Steuerung praktisch unmöglich. Es braucht deshalb schnelle Antworten auf diese Fragen, damit der Grosse Rat sinnvolle politische Antworten auf die Krise entwickeln kann.

Antwort des Regierungsrates

Der Regierungsrat beantwortet die Fragen wie folgt:

Frage 1: Wie viele Ressourcen (Personal, finanzielle Mittel) werden im Kanton Bern jährlich für die Tarifverhandlungen zwischen Spitälern und Krankenkassen eingesetzt? Welche Zahlen oder Schätzungen liegen vor? Gibt es hier Vergleichswerte aus anderen Kantonen?

Es liegen keine strukturierten Angaben zu diesem Thema vor. Gemäss Auskunft einer Einkaufsgemeinschaft ist der Ressourceneinsatz in allen Verhandlungen in etwa gleich gross. D. h., es gibt keine wesentlichen Unterschiede bei Tarifverhandlungen pro Listenspital. Jedoch sind die notwendigen Aufwendungen von Kanton zu Kanton unterschiedlich, abhängig von der Anzahl der Listenspitäler.

Der Verband «diespitäler.be» teilte mit, dass pro Verhandlungsperiode (dauert in der Regel 12 Monate und überschneiden sich) geschätzt 300-360 Personenstunden geleistet werden.

Die Aufwände der Präsidenten der Tarifausschüsse und deren Organisationen, Aufwände der Anwälte sowie Aufwände der weiteren Mitglieder TAR, TAP und TAA werden auf 100-160 Stunden geschätzt.

Die Prozesse werden durch das KVG, Artikel 43ff, vorgegeben. Der Kanton hat darauf keinen Einfluss.

Frage 2: Wie viele Tariffestsetzungsverfahren aus welchen Jahren sind heute beim Kanton hängig? Warum? Bis wann können diese voraussichtlich abgeschlossen werden

Im KVG gilt das Verhandlungsprimat, d. h., Tariffestsetzungsverfahren sind somit die Ausnahme. Dies zeigt auch, dass die Tarifverhandlungen effizient und zielführend erfolgen und meistens Kompromisse gefunden werden können.

Zurzeit sind folgende Festsetzungsverfahren hängig:

- SwissDRG-Baserates Insel Gruppe AG universitär / Groupe mutuel / CSS ab 2012 bzw. Groupe mutuel für 2019-2021 und ab 2022:
 - Verschiedene voneinander abhängige Verfahren, deshalb teilweise sistiert. Noch hängig, da ein BVGE-Urteil aus ZH abgewartet wurde, zwischenzeitlich sind zwei verfahrenstechnische Beschwerden vor dem BVGE durch die Groupe mutuel erfolgt.
 - RRB ist bis Ende 2023 geplant
- SwissDRG-Baserates Geburtshaus Maternité alpine ab 2017
 - Festsetzung Luna erfolgt, nun analoge Festsetzung
 - RRB erfolgt, weiterer RRB im Herbst 2023

¹ https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2023/20230308105304137194158159038_bsd070.aspx

- TARMED TPW diespitäler.be ab 2021
 - Zusatzerhebungen und viele TARMED-Verfahren in anderen Kantonen und Beschwerden vor BVGE hängig
 - RRB Ende 2023
- TARPSY diespitäler.be / CSS ab 2022
- TARPSY Klinik Wysshölzli / tarifsuisse ab 2023

Zur Bearbeitung der Tarifgeschäfte sind im Kanton Bern drei Personen mit insgesamt 2.1 FTE tätig.

Frage 3: Welche Modelle der Spitalfinanzierung verfolgen andere Kantone (z.B. höhere gemeinwirtschaftliche Leistungen, direkte Defizitdeckung, höherer Abgeltungsschlüssel)?

Trotz dem Willen zur Vereinheitlichung der Spitalfinanzierung gibt es kantonal grosse Unterschiede. Im Jahr 2017 haben drei Kantone (Genf, Tessin, Waadt) Globalbudgets nach Artikel 51 KVG angewandt, d.h. einen maximalen Betrag für die kantonale Vergütung stationärer Spitalleistungen pro Spital festgelegt. Die konkrete Ausgestaltung dieses Instruments variierte dabei zwischen den Kantonen. Ferner haben 2017 zwei Kantone (Neuenburg und Wallis) zwar keinen maximalen Betrag, jedoch maximale Leistungsmengen pro Spital definiert. Genf und Waadt wendeten solche maximale Leistungsmengen ebenfalls an – entweder in Ergänzung zu oder anstatt Globalbudgets und nur bei Spitälern mit eingeschränktem Leistungsvertrag bzw. Privatspitälern, die auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sind. Die konkrete Ausgestaltung variierte wiederum zwischen den Kantonen. Grundsätzlich lassen maximale Leistungsmengen ähnliche Wirkungen wie Globalbudgets nach Artikel 51 KVG erwarten.

Mit Ausnahme vom Kanton Basel-Stadt, der 56 Prozent der Abgeltung der stationären Leistungen nach KVG (Artikel 49a) übernimmt, bezahlen alle anderen Kantone 55 Prozent.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass in gewissen Kantonen über GWL eine Subventionierung der eigenen Spitäler erfolgt oder die Infrastruktur mitfinanziert wird. Der Kanton Aargau hat kürzlich das Kantonsspital mit einem dreistelligen Millionenbetrag vor dem Konkurs gerettet. Die Definition der GWL und der Defizitdeckung variiert von Kanton zu Kanton, ein Vergleich ist entsprechend schwierig.

Die Ecoplan² Studie aus dem Jahr 2019 kommt zu dem folgenden Schluss:

«Die Kantonsbeiträge unterscheiden sich beträchtlich. Während die Kantonsbeiträge im Kanton Genf in den Jahren 2015 und 2016 rund 328,2 Millionen resp. 328,6 Millionen Franken betragen, wurden im Kanton Zug Beiträge im Umfang von 1,3 Millionen resp. 1,5 Millionen Franken finanziert. Die Heterogenität ist sowohl bei einer absoluten als auch relativen Betrachtung in Bezug auf die Beiträge in Prozent des Aufwands der Spitäler oder in Franken pro versicherte Person oder pro Patient ersichtlich. So bewegen sich die Kantonsbeiträge in Prozenten des totalen Aufwands zwischen 14,5 Prozent (2015) resp. 14,1 Prozent (2016) im Kanton Genf und 0,5 Prozent (2015 und 2016) im Kanton Zug.»

Betrachtet man die Prämien für das Jahr 2023 der beiden Kantone, zeigt sich, dass die mittlere Prämie über alle Altersklassen im Kanton Genf mit 418,1 Franken (Vorjahr 399,4 Franken) weit über dem Schweizer Durchschnitt von 334,7 Franken (Vorjahr 314,0 Franken) und auch über dem Wert vom Kanton Bern mit 343,8 Franken (Vorjahr 323,1 Franken) liegt. Der Kanton Zug verfügt über kein Universitätsspital und ist von daher nicht einfach mit den Kantonen Genf und Bern vergleichbar. Dennoch fällt auf, dass der Kanton Zug mit seiner durchschnittlichen mittleren Prämie von 217,6 Franken (Vorjahr 254,9 Franken) deutlich unter dem Schweizer Durch-

² Ecoplan: Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone; Auftraggeber: Bundesamt für Gesundheit; Bern; 29.05.2019; S.8; https://www.ecoplan.ch/download/gwl_sb_de.pdf

schnitt liegt. Dies zeigt auf, dass eine hohe, über die vorgesehenen Finanzierungen hinausgehende Alimentierung zu keiner Kostensenkung im OKP-Bereich bzw. zu einer Prämienentlastung der Bevölkerung führt.

Die Auswertungen nach Leistungskategorien zeigen, dass die weitaus grösste Komponente die universitäre Lehre und Forschung ist. Davon betroffen sind insbesondere die Kantone mit Universitätsspitalern. Vom erfassten Total der Kantonsbeiträge (2015: 1,19 Milliarden Franken; 2016: 1,17 Milliarden Franken) wird für universitäre Lehre und Forschung 483,6 Millionen Franken (2015) und 470,9 Millionen Franken (2016) bezahlt. Weitere wichtige Ausgabekomponenten sind die ärztliche und pharmazeutische Weiterbildung (174,4 Millionen Franken und 179,1 Millionen Franken), ambulante Leistungen (103 Millionen Franken und 107,3 Millionen Franken) sowie Notfall und Rettung (85,4 Millionen Franken und 92 Millionen Franken).

Aufgeschlüsselt nach Trägerschaften erhalten die öffentlichen Spitäler am meisten Kantonsbeiträge. Die Gruppe der Spitäler mit einer Grösse von über 250 Betten erhält deutlich mehr kantonale Finanzierungsbeiträge als die kleineren Spitäler. Dies ist in erster Linie auf die grosse Bedeutung der Beiträge für universitäre Lehre und Forschung zurückzuführen, die in erster Linie an die grossen Universitätsspitäler geleistet werden.

Frage 4: Welche nicht-privatisierten oder nicht-ausgelagerten Spitäler gibt es noch in der Schweiz? Wie stellt sich deren Situation im Vergleich zur Situation der Spitäler im Kanton Bern dar?

Eine Unterteilung der Spitäler in öffentlich oder privat existiert seit der Einführung der «neuen» Spitalfinanzierung ab dem Jahr 2012 nicht mehr. Entscheidend ist, ob sich ein Spital auf der kantonalen Spitalliste befindet. Alle stationären Listenspitäler werden nach den gleichen Finanzierungsmechanismen über die OKP und die Kantonsanteile gleich vergütet. Vertragsspitäler sind die Ausnahme und der Kantonsanteil entfällt. In diesem Fall vergütet der Krankenversicherer höchstens 45 Prozent der Spitalbehandlung. Die übrige Vergütung muss von der versicherten Person selbst oder ihrer Zusatzversicherung getragen werden.

Frage 5: Sind die Rahmenbedingungen für Privatspitäler in allen Kantonen ähnlich oder bestehen hier Unterschiede? Worin bestehen diese?

Mit der 2012 eingeführten neuen Spitalfinanzierung haben sich Bund und Kantone für ein wettbewerbliches Spitalwesen entschieden. Die Rahmenbedingungen sind aufgrund des KVG identisch. Ob es kantonale Unterschiede gibt, kann aufgrund des Föderalismus nicht ausgeschlossen werden, ist uns jedoch nicht bekannt.

Frage 6: Auch im Kanton Bern ist eine Tendenz spürbar, dass sich Gemeinden direkt finanziell engagieren müssen, um eine regionale Grundversorgung aufrechtzuerhalten. Ist diese Entwicklung überall in der Schweiz feststellbar? Welche Beispiele gibt es, wo Gemeinden sich direkt finanziell in der medizinischen Grundversorgung beteiligen? Wie funktionieren diese Modelle, die der Auslagerung und Privatisierungslogik entgegenwirken, längerfristig?

Städte und Gemeinden können Spitaleigentümerinnen bzw. -miteigentümerinnen sein. Beispiele hierfür sind das Stadtspital Triemli oder das Spital Limmattal. Viele Gemeinden engagieren sich in der Langzeitpflege.

Zudem können Gemeinden bei einem Spital Dienstleistungen bestellen, um unter anderem die Standortattraktivität zu erhöhen (zum Beispiel Finanzierung einer Hausarztpraxis).

Frage 7: Um den schädlichen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im Gesundheitswesen einzudämmen braucht es eine öffentliche Krankenkasse. In der Behandlung der Standesinitiative 21.322 des Kanton Waadts machte die zuständige Kommission des Ständerates deutlich, dass die Kantone bereits heute die Möglichkeit hätten, eigene Krankenkassen zu gründen.³ Auf welche Rechtsgrundlage hat sich die SGK-S in dieser Debatte bezogen? Gilt das auch für Gemeinden? Teilt der Regierungsrat diese Einschätzung?

Nach Artikel 2 Absatz 1 KVAG⁴ sind Krankenkassen juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts, die keinen Erwerbszweck verfolgen und die soziale Krankenversicherung nach dem KVG⁵ durchführen. Artikel 41 Absatz 1 Satz 2 der KV⁶ bestimmt sodann, dass der Kanton und die Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung sorgen und die dafür notwendigen Einrichtungen bereitstellen. Somit bestehen im Kanton Bern aus Sicht des Regierungsrates sowohl auf Bundes- als auch auf kantonaler Ebene ausreichende Rechtsgrundlagen, damit der Kanton und/oder die Gemeinden öffentliche Krankenkassen – seien sie nun juristische Personen des privaten oder öffentlichen Rechts – gründen und betreiben können. Krankenkassen sind bewilligungspflichtige Einrichtungen, die Bewilligungsvoraussetzungen ergeben sich aus Artikel 5 KVAG und gelten selbstredend auch für öffentliche Krankenkassen.

Das KVG äussert sich zu dieser Frage nicht. Wie bereits in der Antwort auf I 039-2023 «Eine kantonale öffentliche Krankenkasse?» aufgeführt, würde dem Kanton mit der Führung einer kantonalen Krankenkasse eine zusätzliche Rolle im Gesundheitswesen zufallen, dies obwohl der Kanton bereits heute eine Vielzahl von Rollen wahrnimmt und deren Anzahl tendenziell reduziert werden sollte. Die Übernahme einer solchen weiteren Rolle wäre auch mit grossen Risiken verbunden (u. a. Aufbau von Know-how, Bildung von finanziellen Reserven ohne Kenntnis, inwieweit sich eine solche Versicherungslösung durchsetzen könnte), wobei die Chancen nicht offensichtlich sind.

Verteiler

– Grosser Rat

³ https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2023/20230308105304137194158159038_bsd070.aspx

⁴ Bundesgesetz vom 26. September 2014 betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG; SR 832.12)

⁵ Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)

⁶ Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)