



# Parlamentarischer Vorstoss

## Antwort des Regierungsrates

Vorstoss-Nr.: 233-2022  
Vorstossart: Interpellation  
Richtlinienmotion: ☐  
Geschäftsnummer: 2022.RRGR.373

Eingereicht am: 28.11.2022

Fraktionsvorstoss: Nein  
Kommissionsvorstoss: Nein  
Eingereicht von: Dunning (Biel/Bienne, SP) (Sprecher/in)  
Kocher Hirt (Worben, SP)  
Zybach (Spiez, SP)

Weitere Unterschriften: 0

Dringlichkeit verlangt: Ja  
Dringlichkeit gewährt: Nein 01.12.2022

RRB-Nr.: 450/2023 vom 26. April 2023  
Direktion: Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

## Paradigmenwechsel mit vielen Unklarheiten

Vor ein paar Wochen machte das «Hôpital du Jura bernois» Schlagzeilen, als das Projekt «Réseau de l'Arc» vorgestellt wurde. Denn im Gesundheitswesen findet eine Umwälzung statt mit der Einführung einer integrierten Versorgungsorganisation in einem Spital, aber auch und vor allem mit der Beteiligung des Versicherers Visana am Kapital des Netzwerks und der Entwicklung eines alternativen Grundversicherungsmodells, das auf einer finanziellen Steuerung über Kopfpauschalen statt über Leistungen beruht. Die Befürworter des Projekts gehen davon aus, dass Doppelspurigkeiten und Informationsverluste vermieden, die Versuchung, zu schnell unnötige Leistungen in Anspruch zu nehmen, verhindert und die Kosten gesenkt werden. Auch wenn diese Ziele lobenswert sind, handelt es sich um einen folgenschweren Paradigmenwechsel, der zahlreiche Fragen aufwirft.

Der Regierungsrat wird um Beantwortung folgender Fragen gebeten:

1. Wurde die Rolle der einzelnen Partner (Kanton Bern via Regierungsrat, Swiss Medical Network SMN und Visana) festgelegt? Wenn ja, wie sind die Rollen aufgeteilt?
2. Im aktuellen System werden die Spalkkosten zu 45 Prozent von den Versicherern und zu 55 Prozent vom Kanton getragen. Wie wird sich der Kanton an der Finanzierung des vorgeschlagenen neuen Modells («full capitation») beteiligen?
3. Wie werden die Leistungsträger und Leistungserbringer (z. B. Spitex-Organisationen) in das Projekt eingebunden? Ändert sich auch ihr Entschädigungssystem?
4. Welcher Gesamtkapitalbetrag ist für das Grundversicherungsmodell vorgesehen?
5. Wie viele Kundinnen und Kunden wird das neue Modell voraussichtlich haben?

6. Welchen Betrag geben Versicherte schätzungsweise im Durchschnitt für ihre Gesundheit aus?
7. Welche Massnahmen sind vorgesehen, um zu vermeiden, dass der vorgesehene durchschnittliche Betrag pro Person und folglich der Gesamtbetrag überschritten wird?
8. Wie kann der Kanton auch dann bestmögliche Leistungen gewährleisten, wenn das vorgesehene Budget überschritten wird? Sind Kriterien vorgesehen?
9. Wie wird bei einem relativ kleinen, auf den Jurabogen begrenzten Netzwerk die freie Arztwahl gewährleistet?
10. Wie kann gewährleistet werden, dass die Ärztinnen und Ärzte keinem Druck durch den Versicherer (Visana) ausgesetzt sind?

Begründung der Dringlichkeit: Die Befürworter von Réseau de l'Arc wollen dieses Krankenversicherungsmodell ab 2024 anbieten. Bedenken müssen deshalb dringend vor der Umsetzung des neuen Modells geklärt werden.

### **Antwort des Regierungsrates**

Mit dem Projekt "Réseau de l'Arc" beabsichtigen der Kanton Bern, die Swiss Medical Network (SMN SA) und die Visana Beteiligungen AG ein integriertes, kantonsübergreifendes Gesundheitsnetzwerk mit ambulanten und stationären Gesundheitsangeboten im Jurabogen aufzubauen, dessen Kernstück im Berner Jura liegt. An der Réseau de l'Arc SA (ehemalige Hôpital du Jura bernois SA, HJB SA) waren bisher zwei Aktionäre, der Kanton Bern mit 48 Prozent und die SMN SA mit 52 Prozent beteiligt. An der ausserordentlichen Generalversammlung vom 16. Januar 2023 wurden eine Kapitalerhöhung und der Einbezug des neuen Aktionärs Visana Beteiligungen AG beschlossen. Unter dem neuen Namen Réseau de l'Arc soll ab 1. Januar 2024 ein alternatives Versicherungsmodell (AVM) angeboten werden.

Zu Punkt 1:

Im Aktionärbindungsvertrag wurden die Rollen der einzelnen Partner festgelegt. Durch die Zusammenarbeit zwischen einem Anbieter der medizinischen Versorgung und eines Krankenversicherers soll ein neuer Ansatz für die medizinische Versorgung und deren Finanzierung entwickelt werden. Die Kooperation umfasst insbesondere die Konzeption und Umsetzung eines alternativen Versicherungsmodells (AVM) nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)<sup>1</sup> mit "Full Capitation"-Ansatz und den Aufbau eines geeigneten Organisationsmodells für die gemeinsame Produktentwicklung und Marktbearbeitung zwischen SMN SA und der Visana Beteiligungen AG. Die versicherungsmathematischen Schlüsselfunktionalitäten für das Projekt bleiben in der vollen und ausschliesslichen Kompetenz der Visana Beteiligungen AG und die medizinische Verwaltung der Patienten für den Arc Jurassien bleibt in der vollen und ausschliesslichen Zuständigkeit von SMN SA. Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion ist in die entsprechende Projektorganisation eingebunden.

Zu Punkt 2:

Die Finanzierung der stationären Leistungen durch den Kanton bleibt unverändert. Der Kanton Bern bezahlt weiterhin 55 Prozent an die stationären Kosten.

Zu Punkt 3:

Die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Leistungserbringern im integrierten Versorgungsmodell ist noch in Erarbeitung und wird noch abschliessend geklärt. Sowohl im stationären wie

---

<sup>1</sup> SR 832.10 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand am 1. Januar 2023).

auch im ambulanten Bereich erfolgen die Abgeltungen an die Leistungserbringer gemäss den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes.

Zu Punkt 4:

Das neue AVM ist noch in Entwicklung und wird vom Versicherer erarbeitet. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) muss das neue AVM und die entsprechenden Prämien vor der Lancierung genehmigen.

Zu Punkt 5:

Dies kann zurzeit nicht beantwortet werden. Nach Einschätzung der Visana Beteiligungen AG gibt es genügend Versicherte im Einzugsgebiet, die sich für dieses neue AVM entscheiden würden.

Zu Punkt 6:

Laut Bundesamt für Statistik (BFS) gehört die Schweiz zu den Ländern, in denen die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum BIP relativ hoch sind. Dies entspricht einem Betrag von 804 Franken pro Person und Monat<sup>2</sup>. Die monatliche mittlere Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (über alle Altersklassen, inklusive Wahlfranchisen und Modelle) beträgt im Jahr 2023 im Kanton Bern 343.80 Franken.

Bereits heute gibt es in der Schweiz AVM. Darunter fallen HMO-/Hausarzt- und Telmed-Modelle in der Grundversicherung. Sie sind eine Alternative zur Versicherung mit freier Arztwahl. Bei diesen AVM profitieren die Versicherten, wegen den tieferen Kosten, von günstigeren Prämien.

Das neue AVM soll effizienter und kostengünstiger gestaltet werden. Wie hoch die Prämien für das neue AVM ausfallen, ist heute jedoch noch offen. Die vom Versicherer berechneten Prämien werden, wie in Punkt 4 festgehalten, vom BAG geprüft und genehmigt.

Zu Punkt 7 und 8:

Das neue AVM stärkt die "Gatekeeper-Funktion" der Hausärzte und steuert die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch gezielte ambulante Nachsorge und den Einbezug von verschiedenen medizinischen Fachpersonen. In der Schweiz gibt es keine Rationierung von Gesundheitsleistungen. In der Struktur des Versicherungskollektivs werden sowohl höhere wie auch tiefere Leistungen einkalkuliert, so dass unter den Versicherten ein Ausgleich besteht. Die Aufsicht über die Versicherer, welche die Grundversicherung anbieten, wird vom Bundesamt für Gesundheit ausgeübt. Der Kanton nimmt weiterhin seine Aufsichtsfunktion wahr, indem er im Rahmen der Fachaufsicht durch das Gesundheitsamt sicherstellt, dass das Réseau de l'Arc Gewähr für eine fachgerechte medizinische Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten bietet.

Zu Punkt 9:

Für die Versicherten mit neuem AVM ist die freie Arztwahl eingeschränkt. Dadurch profitieren sie von günstigeren Prämien. Versicherte, welche von der freien Arztwahl profitieren möchten, können sich weiterhin in einem traditionellen Versicherungsmodell versichern. Im Réseau de l'Arc werden auch weiter Patientinnen und Patienten behandelt, die sich nicht für das entsprechende AVM entschieden haben

---

<sup>2</sup> Bundesamt für Statistik BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Zu Punkt 10:

Weiterhin besteht im Markt ein Angebot von verschiedenen Krankenversicherern und verschiedenen Versicherungsmodellen. Eine Zusammenarbeit mit dem Réseau de l'Arc ist für die Ärztinnen und Ärzte freiwillig.

Verteiler

– Grosser Rat