

Mittwoch (Nachmittag), 24. Januar 2018

Gesundheits- und Fürsorgedirektion

86 2017.RRGR.391 Motion 153-2017 de Meuron (Thun, Grüne)

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

Vorstoss-Nr.: 153-2017
Vorstossart: Motion
Eingereicht am: 13.06.2017
Eingereicht von: de Meuron (Thun, Grüne) (Sprecher/in)
Schlup (Schüpfen, SVP)
Rudin (Lyss, glp)
Weitere Unterschriften: 6
RRB-Nr.: 1085/2017 vom 18. Oktober 2017
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion

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 Prämien-gelder 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 Studie¹ 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.

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

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.

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.

Antwort des Regierungsrats

Der Regierungsrat teilt grundsätzlich die in der Motion vertretene Auffassung. Bereits in der Versorgungsplanung 2016 (VP 16, S.143 f.) wurde das Sparpotenzial von ambulant anstelle von stationär erbrachten Leistungen anhand einer Liste mit 14 ausgewählten Operationen dargestellt. Die Liste ist nicht vollständig kongruent mit der erwähnten PwC-Liste, welche im Kanton Luzern seit dem 1. Juli 2017 angewendet wird und im Kanton Zürich ab dem 1. Januar 2018 zur Anwendung kommen soll. Im Kanton Wallis wird ab dem 1. Januar 2018 eine Liste mit 15 chirurgischen Eingriffen in Kraft gesetzt. Der Bund ist dabei eine Liste zu prüfen, welche diejenigen sechs Behandlungen enthält, welche gemäss der PwC-Studie das grösste Einsparpotenzial haben. Eine schweizweite Lösung ist angesichts der flächendeckenden Problematik anzustreben, weshalb der Regierungsrat das Vorhaben des Bundes sowie den laufenden politischen Diskurs begrüsst. Der Regierungsrat ist überzeugt, dass die denkbaren ambulanten Eingriffe mit grosser Sorgfalt zu wählen sind, so dass ein mögliches Einsparpotenzial nicht durch Kompensationshandlungen der Leistungserbringer reduziert oder aufgehoben wird. Zudem ist juristisch abzuklären, ob auf kantonaler Ebene die Kompetenz zum Erlass einer solchen Regelung besteht. Die Bearbeitung dieser Fragestellungen bindet angesichts ihrer Komplexität längerfristig Ressourcen, zudem ist mit Kosten für den Einbezug von externem Expertenwissen zu rechnen.

Ziffer 1:

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) erstellt eine Auslegeordnung, um eine gute Basis für eine mit grosser Sorgfalt zu erarbeitenden Liste zu schaffen. In der Auslegeordnung werden auch die notwendigen Umsetzungsschritte skizziert und juristisch geprüft.

Ziffer 2:

Die Kriterien für Ausnahmefälle sind vor der Implementierung einer Liste klar zu definieren. Es besteht nicht die Absicht, vorgängige Kostengutsprachen für eine stationäre Behandlung einzufordern. Eine solche Praxis würde einen immensen zusätzlichen administrativen Aufwand bedeuten, der auch aus Kostengründen möglichst vermieden werden sollte. So wurden im Jahr 2015 rund 9500 Behandlungen gemäss der PwC-Liste an Bernerinnen und Berner in einem im Kanton Bern gelegenen Spital

stationär behandelt. Würde für 10 Prozent dieser Behandlungsfälle ein Kostengutsprachege such gestellt, müssten durch die Kantonsverwaltung täglich rund drei Beurteilungen der Indikation vorgenommen werden.

Ziffer 3 und 4:

Die PwC-Liste, welche im Kanton Luzern angewendet wird und im Kanton Zürich zur Anwendung kommen soll, ist wie bereits erwähnt nicht kongruent mit der in der Versorgungsplanung 2016 definierten Liste von 14 Eingriffen. Für den Regierungsrat steht fest: Anzustreben ist eine in der ganzen Schweiz verbindliche und einheitliche Liste.

Ziffer 5:

Die Umstellung auf eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (E-FAS) ist im Moment nicht ausgereift. Die wesentlichen Fehlanreize im heutigen System (Tarifstruktur, Zusatzversicherungen) werden nicht angegangen, es handelt sich in der zu Diskussion stehenden Form um eine reine Umverteilung der Ressourcen ohne Entlastung des Gesamtsystems. Der Regierungsrat teilt deshalb die Haltung der Gesundheitsdirektorenkonferenz, wonach in einem nächsten Schritt strukturelle Kostendämpfungsmassnahmen umzusetzen sind, um anschliessend die Aufteilung auf die Kostenträger zu diskutieren. Nicht zuletzt befürchtet der Regierungsrat, dass der Kanton die Planungshoheit in der stationären Spitalversorgung verlieren würde.

Ziffer 6:

Der Regierungsrat unterstützt die Forderung unter Ziffer 6 vollumfänglich.

Der Regierungsrat beantragt:

Punktweise beschlossen

Ziffer 1: Annahme als Postulat

Ziffer 2: Annahme als Postulat

Ziffer 3: Annahme als Postulat

Ziffer 4: Annahme als Postulat

Ziffer 5: Ablehnung

Ziffer 6: Annahme

Präsidentin. Die Regierung hat zu jeder Ziffer eine Antwort gegeben. Wir führen eine freie Debatte. Das Wort hat die Motionärin, Grossrätin de Meuron.

Andrea de Meuron, Thun (Grüne). Es tut mir schon fast leid, dass ich hier immer sprechen darf. Aber ich habe die Traktandenliste nicht selber gemacht. Wahrscheinlich haben Sie auch Ende Jahr die Police der Krankenkasse bekommen, und wahrscheinlich hat sich auch Ihre Prämie erhöht. Die Kosten im Gesundheitswesen steigen, und wenn wir die Kosten senken wollen, sind wir alle – nicht nur wir hier im Grossen Rat –, eben auch alle als Versicherte und als Patienten aufgefordert, einen Beitrag zu leisten. Deshalb dieser Vorstoss. Eine der Sparmöglichkeiten heisst: ambulant vor stationär. Bei gleichbleibender Qualität kann man sich nämlich als Patient auch zu Hause erholen. Ich persönlich liege lieber zu Hause als in einem teuren Spitalbett. Vielleicht haben Sie es in den Medien ebenfalls gelesen: Eine Studie von PricewaterhouseCoopers hat aufgrund von 13 ausgewählten Eingriffen berechnet, dass stationär erbrachte Spitalbehandlungen im Durchschnitt 2,3-fach so teuer sind wie die ambulanten. Ich muss Ihnen das nicht vorrechnen, aber bei 10 000 Franken kostet es dann eben 23 000 Franken. Wenn Sie halbprivat oder privat versichert sind, ist die genau gleiche Behandlung noch einmal teurer, und das versteht man nicht wirklich.

Einer der Hauptgründe für diesen Missstand sind eben die falschen Anreize. Ich gehe davon aus, dass die Krankenkassen ein grosses Interesse daran haben, dass Behandlungen stationär erfolgen, denn dann bezahlt der Kanton mehr als die Hälfte an die Kosten, nämlich 55 Prozent. Das wiederum stört den Kanton, weil er eben mitfinanzieren muss, und deshalb haben bereits einige Kantone reagiert. Ab 2018 gelten bereits in sechs Kantonen verbindliche Listen. Gemäss diesen Listen werden ausgewählte Behandlungen nur noch finanziert, wenn sie ambulant vorgenommen werden. Ausnahmen sind möglich. So will man unnötige stationäre Aufenthalte im Spital vermeiden, man will ambulante Behandlungen fördern und uns als Steuer- und Prämien zahlen entlasten.

Jetzt komme ich zu den einzelnen Ziffern. Mit der Ziffer 1 verlangen wir, dass der Kanton hier gleich vorgeht wie die anderen Kantone. Der Regierungsrat sieht es eigentlich so vor und will eine solche Liste schaffen. Wenn er es will, muss er dies eigentlich nicht mehr prüfen, sondern umsetzen, und deshalb würden wir hier gerne an der Motion festhalten.

Mit der Ziffer 2 würde ermöglicht, dass auch bei uns begründete Ausnahmefälle möglich sind. Mit einer Prüfung und somit mit einer Umwandlung in ein Postulat könnten wir grundsätzlich leben. Der Kanton Bern kann von der Vorarbeit der anderen Kantone profitieren; das betrifft die Ziffer 3. Auch hier könnten wir mit einer Umwandlung in ein Postulat leben.

Wesentlicher ist die Ziffer 4. Hier ist die Form einer Motion geeigneter, denn es ist wichtig, dass schlussendlich nicht jeder Kanton über eine eigene Liste verfügt. Ich gehe einmal davon aus, dass im Kanton Zürich die Probleme mit den Hüften oder mit den Menisken gleich sind wie im Kanton Bern. Der Bund will denn auch nicht von ungefähr nachziehen und eine solche Liste auf nationaler Ebene erarbeiten.

Die Ziffer 5 ist wohl am umstrittensten. Sie verlangt, dass sich der Kanton auf nationaler Ebene für eine einheitliche Finanzierung ambulant und stationär einsetzt. Werte Kolleginnen und Kollegen, das ist wohl eine der wichtigsten Reformen auf nationaler Ebene. Dass die Kantone, die Versicherer und die Leistungserbringer hier unterschiedliche Auffassungen haben, erstaunt mich nicht. An die ambulanten Leistungen bezahlt, wie ich gesagt habe, der Kanton nichts, und er möchte die Kantonsfinanzen nicht belasten. Und auch mit Listen bleibt für die Spitäler der Anreiz, stationär statt ambulant zu operieren. Weshalb dies? Weil für stationär und ambulant unterschiedliche Tarife gelten, und stationäre Leistungen insgesamt immer noch höher entschädigt werden als ambulante. Das ist ein grundsätzliches Problem. Die Entschädigung ist nicht kostendeckend und müsste angepasst werden.

Was ist jetzt das Fazit des Ganzen? Für uns Grüne steht die Lösungsfindung für das Berner Volk als Steuer- und Prämienzahler im Vordergrund. Noch wesentlicher ist hier die Tarifgestaltung, also die Frage, wie die Leistungen entschädigt werden. Hier müssen unbedingt falsche Anreize ausgemerzt werden. Eine Deckung der Gesundheitskosten über die Steuern wäre zwar wiederum gerechter als eine Pro-Kopf-Krankenkassenprämie. Doch was nützt uns das, wenn dann gerade bei den einkommensschwachen Personen und Familien am Schluss gleichwohl wieder die öffentliche Hand mit Prämienverbilligungen gefragt ist und sie dann, wie dies beim Kanton Bern der Fall ist, die Verantwortung nicht wahrnimmt? Ich gehe davon aus, dass die Ziffer 5 umstritten sein wird. Ich höre gerne zu und bin allenfalls dann auch bereit, den Vorstoss in ein Postulat umzuwandeln.

Präsidentin. Das Wort hat der Mitmotionär, Grossrat Rudin.

Michel Rudin, Lyss (glp). Das Gesundheitswesen ist wohl eines unserer komplexeren Systeme hier in der Schweiz. Bei einem Anstieg der Kosten von jährlich rund 4 Prozent ist es wirklich relevant, Lösungen zu finden. Die Kostensituation ist sowohl für den Steuer- als auch für den Prämienzahler längerfristig nicht nur unbefriedigend, sondern es fliessen immer grössere Teile des Haushaltsbudgets ins Gesundheitswesen. Es gibt also noch einen sozialpolitischen Faktor. Das Thema weist verschiedene Bereiche auf. Zum einen gibt es diese Liste, die ermöglichen soll, die Behandlungen von stationär zu ambulant zu verschieben. Das Ziel ist es wirklich, kostengünstiger unterwegs zu sein. Ich kann Andrea de Meuron beruhigen: Auch wir Krankenversicherer sind durchaus für eine Verlagerung, auch wenn dies dann den Prämienzahler natürlich mehr kosten wird, weil der Anteil der Steuergelder abnimmt. Das führt dann eigentlich schon zum zweiten Punkt, nämlich weshalb wir hier die EFAS drin haben, die Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Es handelt sich dabei schlicht und einfach um eine finanztechnische Grundlage, die es ermöglichen soll, das aktuelle Fehlanreizsystem zu überprüfen, damit beides künftig aus der gleichen Hand kommt.

Eine kleine Klammerbemerkung: Sollte EFAS eingeführt werden, haben wir durchaus auch die Möglichkeit, Managed Care, also Hausarztmodelle, mit besseren Rabatten zu vergüten, was dann das Gesamte noch einmal günstiger machen sollte. Wir sind also von der Grundidee her ganz dafür.

Wir haben aber auch gewisse Dinge gefordert, dazu gehört eine einheitliche Lösung auf schweizerischer Ebene. Dazu gehört auch, dass sich der Kanton Bern daran orientiert, wie man gesamtschweizerisch unterwegs ist. Wir möchten nicht 26 verschiedene Listen haben. Aber es sieht gut aus, denn voraussichtlich wird in 19 Kantonen die nationale Liste eingeführt. Wir wollen einfach eine Partizipation des Kantons Bern bei dieser Auslegeordnung und bei dieser Entwicklung.

Es ist das Ziel der Grünliberalen, hier im Kanton Bern konstruktiv mitzuarbeiten. Das Gleiche gilt selbstverständlich auch für die EFAS. Das Ganze ist sehr komplex, und ich habe vorhin aus Einzelgesprächen entnommen, dass noch nicht alles definiert worden ist. Aber das kann kein Grund, sein nichts zu tun. Wichtig ist, dass wir die Stossrichtung verfolgen, dass wir das Thema an die Hand nehmen. Und das muss ich hier klar sagen: Die Reform EFAS wird von der FMH, von H+, den

Krankenversicherern und den Patientenorganisationen unterstützt. Die Unterstützung ist also sehr breit. Vor allem haben die Kantone auch gewisse Befürchtungen, vor allem, wenn es dann darum geht, wer letztendlich für die Spitalversorgung und die Planung zuständig ist. Deshalb haben wir das auch eingebaut. Sicher muss jeder Kanton längerfristig eine wichtige Rolle spielen und auch mitplanen können. Dafür stehen wir Grünliberalen selbstverständlich ein. Vielen Dank, wenn Sie hier Reformwillen zeigen.

Präsidentin. Das Wort hat der zweite Mitmotionär, Grossrat Schlup.

Martin Schlup, Schüpfen (SVP). Wir klagen immer wegen der Kosten. Hier können wir einmal etwas tun, etwas, das jetzt wirklich fällig wird. Weshalb dies? Wir haben teilweise nicht nur eine Unterversorgung im Gesundheitswesen, sondern an vielen Orten auch eine Überversorgung. Das hat zur Folge, dass halt schon mal ein Arzt, ein Spital oder ein Einweisender eher zugunsten des Portemonnaies seiner Institution entscheidet als zugunsten des Portemonnaies des Patienten. Das ist nichts anderes als menschlich, das ist schon fast normal, auch wenn es nicht so sein sollte. Deshalb müssen klare Spielregeln gelten. Man muss wissen, was wohin gehört. Ambulant ist allerdings auch nicht immer kostengünstiger als stationär. Es gibt Fälle, wo das eben auch teurer werden kann. Aber bei sehr vielen Dingen lässt sich klar erkennen, wo es hingehört.

Noch etwas: Wer widerspricht schon einem Arzt, wenn er einen Patienten ins Spital schickt, statt ihn ambulant zu behandeln. Es braucht ziemlich viel Mut, dem zu widersprechen. Daher sind all diese Dinge sehr wichtig, wenn wir uns um die Kosten des Gesundheitswesens kümmern wollen.

Präsidentin. Wir kommen zu den Fraktionen. Zuerst hat Grossrätin Veglio für die SP-JUSO-PSA-Fraktion das Wort.

Mirjam Veglio, Zollikofen (SP). Die SP-JUSO-PSA-Fraktion begrüsst die Stossrichtung der Motion und unterstützt den Inhalt ganz sicher im Grundsatz. Die aufgeführten Fehlanreize sind stossend und belasten das Gesundheitswesen unnötig finanziell. Medizinische Entscheide sollen losgelöst von finanziellen Anreizen gefällt werden. Zürich und Luzern zeigen, dass solchen Fehlanreizen mit gezielten Massnahmen entgegengewirkt werden kann, die Gesundheitskosten gesenkt und die Steuerzahlenden entlastet werden können, was wiederum volkswirtschaftlich sinnvoll ist. Die SP-JUSO-PSA-Fraktion unterstützt die Haltung, wonach auf Bundesebene eine Lösung gesucht werden soll. Eine Lösung ist sicher wirkungsvoller als 26 verschiedene Lösungen. Der Preis für eine nationale Lösung darf aber nicht sein, dass die Versorgungsplanung nicht mehr in der Zuständigkeit des Kantons liegt. Die SP-JUSO-PSA-Fraktion wird sämtliche Ziffern ausgenommen die Ziffer 2 unterstützen. Dort befürchten wir, dass der Druck zu hoch werden könnte und die Entscheide schlussendlich nicht mehr im Interesse der Patientinnen und Patienten gefällt werden. Der Entscheid, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen soll, muss in jedem Fall ausschliesslich auf einer medizinischen Grundlage gefällt werden.

Daniel Schwaar, Wileroltigen (BDP). Ich gebe zuerst meine Interessenbindung bekannt: Ich bin bei Hirslanden Bern angestellt. Der Antrag will künftig Kosten im Gesundheitswesen senken. Kernelement ist die Fallverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich. Dabei spielen der Tarifunterschied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung sowie die Abgeltung in solchen Fällen mit dem Kostenteiler von 55 Prozent zulasten des Kantons und 45 Prozent zulasten der Krankenversicherer im grundversicherten Bereich eine wesentliche Rolle. Ob diese Massnahme entscheidend zur Kosteneindämmung führt, ist damit schnell beantwortet: Sie ist ein wirksames Instrument.

Zum Zeitpunkt der Einreichung dieser Motion befanden sich die Kantone Luzern und Zürich vor der Einführung beziehungsweise vor der Ankündigung der Umsetzung einer Eingriffsliste. Seit dem 1. Januar 2018 haben zudem die Kantone Zug, Aargau und Wallis nachgezogen. Ebenso ist heute klar, dass der Bund per 1. Januar 2019 eine Liste einführen wird, die alle Spitäler in allen Kantonen zur ambulanten Behandlung von definierten Eingriffen verpflichtet. Damit sind aus Sicht der BDP die Forderungen in Motionsform eigentlich überholt. Ambulant vor stationär wird gesamtschweizerisch eingeführt. Im Sinn der flankierenden Begleitung der Einführung genügt für die Ziffern 1 bis 3 die Postulatsform. Das heisst, Abgleich der Bundesliste mit den Kantonsideen, klare Definition der Ausnahmefälle und Best Practice mit anderen Kantonen.

Die Ziffer 4, der Einsatz zugunsten einer nationalen Liste, könnte nach heutigem Wissensstand als

Postulat angenommen und gleichzeitig abgeschrieben werden. Aufgrund meiner Kontakte zu verschiedenen Spitälern weiss ich, dass die Vorbereitungen zur Umsetzung dieser Strategie überall auf Hochtouren laufen. Prozesse werden überarbeitet, die Produktivität wird zwingend erhöht werden müssen, der Skill-Grade-Mix wird sich erheblich verändern, und die Personalressourcen müssen für den ambulanten Patientenpfad deutlich reduziert werden. Das ist für die Spitäler kein Sonntagsspaziergang, aber sie müssen und werden diese Herausforderung annehmen und bewältigen.

Etwas anders sieht es bei der Ziffer 5 bezüglich der Forderung nach einer einheitlichen Finanzierung aus. Mit ambulant vor stationär wird für den Kanton hauptsächlich der eingangs erwähnte Kostenteiler wegfallen. Effektive Kosteneinsparungen reduzieren sich auf die günstigeren ambulanten Tarife. Ob das genügt, wird die Zukunft zeigen. Die Kostenersparnis für den Kanton aufgrund des Kostentellers ist eine reine Umverteilung. Der Kanton spart, die Versicherer übernehmen die Kosten zu 100 Prozent. Zudem ist davon auszugehen, dass die Prämien als Folge ansteigen werden. Hier sind fundamental neue Finanzierungsmodelle gefordert, die mit allen dreien im Gesundheitswesen erarbeitet werden müssten. Es wäre sinnvoll, diese Ziffer zurzeit zurückzuziehen. Die Ziffer 6 ist unbestritten. Die BDP wird in allen Ziffern die Regierung unterstützen. Sollte die Ziffer 5 nicht zurückgezogen werden, werden wir sie ablehnen.

Melanie Beutler-Hohenberger, Gwatt (EVP). Bei einem der letzten Vorstösse dieser Session ist die Debattierlust bei einigen wahrscheinlich etwas verschwunden, aber das ist nicht der Fehler der Motionäre, die hier ein durchaus berechtigtes Anliegen vorbringen. Also los: Die EVP-Fraktion nimmt alle Ziffern im Sinne der Regierung an. Wir begrüssen den Schritt in die richtige Richtung, nämlich ambulant vor stationär. Ich betone: in die richtige Richtung. Das dann kantonale oder national sein kann. Ambulant vor stationär ist sicher richtig. Wir teilen aber auch die Sorge, die aus der Antwort des Regierungsrats hervorgeht betreffend der sorgfältigen Abwägung und Wahl der ambulanten Eingriffe, die dann auf die potenzielle kantonale oder nationale Liste gehören. Das ist eine berechtigte Warnung vor der Gefahr einer Mengenausweitung oder anderer Kompensationshandlungen der Leistungserbringer, die dann allfällige Umsatzeinbussen wettmachen möchten.

Die EVP-Fraktion wird, und hier spreche ich zu Ziffer 5, eine Prämienhöhung vollumfänglich ablehnen. Diese stellt eine reelle Gefahr dar, falls die Krankenversicherer 100 Prozent der Eingriffskosten übernehmen müssten, ohne dass eine gleichzeitige Anpassung des Rahmensystems vorgenommen würde. Die EVP-Fraktion nimmt also sämtliche Ziffern der vorliegenden Motion oder des Postulats, wie von der Regierung vorgeschlagen, an. Die Ziffer 5 lehnen wir ab und machen beliebt, diese Ziffer zurückzuziehen oder sie, anders formuliert, neu einzureichen.

Hans-Peter Kohler, Spiegel b. Bern (FDP). Die Thematik ist sehr komplex. Grossrätin Beutler hat soeben gezeigt, welche Folgen das haben kann, nämlich dass sogar die Prämien erhöht werden könnten, wenn die Krankenkasse das Ganze dann alleine bezahlen muss. Aber es ist natürlich richtig, mit der Verlagerung in den ambulanten Bereich können tatsächlich Kosteneinsparungen vorgenommen werden. Aber das Ganze ist sehr komplex. Der Vorstoss nimmt einen wichtigen Punkt auf. Der Kanton Luzern ist sicher ein Vorreiterkanton. Der Richtungswechsel ist sinnvoll, aber es braucht natürlich diverse juristische Abklärungen. Deshalb ist die FDP-Fraktion absolut gleicher Meinung wie der Regierungsrat. Die meisten Ziffern kann man nur als Postulat übernehmen, weil zuerst die Prüfungen vorgenommen werden müssen. Die Ziffern 1 bis 4 sollten als Postulat angenommen werden; die Ziffer 5 sollte abgelehnt und die Ziffer 6 sollte, wie von der Regierung beantragt, angenommen werden.

Carlo Schlatter, Thun (SVP). Im Wesentlichen verlangt die Motion und die Ziffern 1 bis 4 die Erstellung einer Liste von Behandlungen, die bei fehlender Kontraindikation zwingend ambulant vorgenommen werden müssen. Dadurch erhofft man sich Einsparungen im Gesundheitswesen. Über die Qualitätseinbüsse für die Patienten macht diese Motion keinerlei Aussagen.

Gestatten Sie mir hier eine kleine persönliche Bemerkung: Wenn die Liste des Kantons Luzern und des Kantons Zürich schon 1994 gewirkt hätte, würde ich nicht zu Ihnen sprechen, sondern wäre zu Hause verblutet. Denn auf dieser Liste befindet sich auch die Tonsillektomie. Ich liess mir die Mandeln entfernen und hatte nach 12 Stunden eine grosse Nachblutung und nach 18 Stunden noch einmal eine. Wäre ich zu Hause gewesen, hätte ich es nicht mehr ins Spital geschafft. Es zeigt auch eine deutsche Studie, dass gerade bei Operationen der Mandeln – das ist eines von vielen Beispielen – in 23 Prozent der Fälle Nachblutungen vorkommen. Mit diesen Listen muss man also etwas vorsichtig sein.

Zu Herrn Schlup möchte ich noch etwas in Zusammenhang mit dem Portemonnaie sagen: Auf den Listen befinden sich auch Varizenoperationen. In einem kleinen Privatspital mit einer Baserate von 8700 Franken kostet eine beidseitige Varizenoperation 5400 Franken. Ambulant kostet sie 5487 Franken. Ich weiss also nicht, ob ich dann die Leute immer zwingend nach Hause schicken und sie auf dem Sofa verbluten lassen soll. Verlierer sind auf jeden Fall die Patienten. Wie der Regierungsrat jedoch richtig festhält, müssten allfällige Listen mit grösster Sorgfalt erstellt werden. Zwingend wäre auch eine nationale Koordination. In jedem Fall muss aber die Indikation auf medizinischer und nicht auf monetärer Grundlage basieren.

Die SVP anerkennt in diesem Gebiet Handlungsbedarf und wird die Ziffern 1 bis 4 als Postulat annehmen. Die Ziffer 5 wäre eine ganz vernünftige Lösung, und sie ist die beste Ziffer des Vorstosses. Isoliert bewirkt EFAS aber nur eine Umverteilung der Kosten. Also gibt es eigentlich keine Einsparungen. Experten gehen sogar davon aus, dass es zu einer Prämienerrhöhung führen würde, weil dann eben alles über die Krankenkassen abgerechnet würde. Deshalb lehnt die SVP die Ziffer 5 ab. Bei Ziffer 6 stellt sich unweigerlich die Frage, wie viel Regulierung und Planung überhaupt notwendig ist, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Es wurde von zu vielen Hüftoperationen gesprochen. Ich kenne aber wirklich niemanden, und ich nehme an, auch Sie nicht, der unnötig eine Prothese bekommen hat. Man spricht zwar davon, aber ich kenne keinen einzigen Patienten, der unnötig operiert worden ist. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die meisten zusätzlichen Regulierungen zu einem Kostenschub ohne entsprechende Qualitätsverbesserung geführt haben. Denken Sie an TARMED und DRG. Dass der Kanton eine gewisse Kontrollfunktion übernehmen muss, ist unbestritten. Im Vertrauen darauf, dass der Regierungsrat die notwendigen Regulierungen mit Vernunft und Augenmass vornimmt, wird die SVP der Ziffer 6 als Postulat zustimmen.

Samuel Kullmann, Hilterfingen (EDU). Wir dürfen die Bedeutung der finanziellen Anreize nicht unterschätzen, die wir mit der Politik setzen. Ich möchte zwei Beispiele erwähnen, die ich in meinem Studium gehört habe: Die britische Kolonialregierung wollte in Indien die Kobras bekämpfen. Sie waren eine Plage. Sie setzte ein Kopfgeld auf tote Kobras aus, in der Hoffnung, dass der Tierbestand dann abnimmt. Was war das Ergebnis? Die Inder begannen, Kobras zu züchten, die sie dann der britischen Kolonialregierung verkaufen konnten, und am Schluss gab es mehr Kobras. Ein weiteres Beispiel: In Grossbritannien wurde eine Bestimmung eingeführt, wonach Spitäler öffentlich gelobt und finanziell belohnt werden sollten, wenn die Zeit zwischen der Ankunft der Ambulanz und dem Moment, in dem der Patient behandelt werden konnte, verkürzt wird. Aufgrund dieser finanziellen Anreize hat es sich so etabliert, dass die Ambulanzen draussen vor dem Spital gewartet haben, bis das Spital in der Lage war, die Personen zu behandeln. Die Folge davon war, dass sehr viele Ambulanzen mit wartenden Patienten und Fahrern belegt waren. Das führte dazu, dass ein Junge starb, weil keine Ambulanz vorhanden war. Bei allen gut gemeinten Absichten dürfen wir nicht vergessen, dass es sehr entscheidend ist, welche Anreize wir haben.

Im Krankenversicherungswesen haben wir es mit einem gesellschaftlichen Kontext zu tun, in dem die Solidarität stark ausgebaut ist, und wo kostensparendes Verhalten der einzelnen Beteiligten bisweilen für die einzelne Person nicht rational erscheint. Deshalb überrascht es nicht, wenn gerade in diesem Bereich die Kosten Jahr für Jahr stark überdurchschnittlich wachsen. Umso wichtiger ist es, auch hier in diesem Umfeld mögliche Fehlanreize ausfindig zu machen und genau zu prüfen. Die Motionäre haben ein wichtiges Beispiel für einen solchen Fehlanreiz aufgezeigt. Aus Sicht der EDU sind die Erstellung und die Vereinheitlichung einer solchen Liste für ambulante Behandlungen ein dringend notwendiger und zügig umzusetzender Schritt, um bei den Kosten dämpfend und korrigierend einzugreifen. Mittel- bis langfristig sollte jedoch ein Systemwechsel angestrebt werden, der bestehende Fehlanreize nicht nur für eine abschliessend definierte Liste beseitigt, sondern grundsätzlich die Leistungserbringer zu sinnvollerer Sparsamkeit motiviert. Die Motionäre haben in ihrem Vorstoss einen möglichen Weg aufgezeigt. Die EDU unterstützt die Ziffern 1, 4 und 6 in der Form einer Motion, und sie ist bereit, die Ziffern 2, 3 und 5 als Postulat anzunehmen.

Präsidentin. Wir kommen zu den Einzelsprechenden. Grossrätin Striffeler hat das Wort.

Elisabeth Striffeler-Mürset, Münsingen (SP). Ich habe zugehört und habe gehört, dass Steuerzahler und Prämienzahler die Mehrkosten bezahlen müssen. Ich habe von Überversorgung gehört, die es auf dem Platz Bern sicher gibt, und Kollege Schlup hat gesagt, es müsse klar dargelegt werden, was wohin gehört. Das tönt ganz einfach, aber ich bin mir auf einmal nicht mehr ganz sicher, ob wir hier von einer Mechanik, von einer Fabrik sprechen, oder ob es um Medizin geht, also um

etwas, bei dem es um Menschen geht. Ich bin einverstanden mit der Forderung, wonach die Kosten gedämmt werden müssen. Es ist aber auch ganz klar, dass im Gesundheitswesen noch höhere Kosten auf uns zukommen werden, weil wir das Glück haben, dass wir älter werden können und dass wir alte und hochalte Menschen bei uns haben, die an Mehrfacherkrankungen leiden. Es ist wichtig, dass es eine Liste gibt für ambulante Operationen, aber ich habe kaum gehört, abgesehen vom Votum von Carlo Schlatter, dass es schlussendlich um Patienten geht. Insbesondere geht es um ältere Patienten, die nach einer ambulanten Behandlung von der abgebauten SpiteX behandelt werden sollen.

Präsidentin. Es ist jetzt 16.30 Uhr. Wir machen an dieser Stelle eine Pause. Ich möchte Sie gerne um 17.00 Uhr wieder sehen. Gemäss unserer Hochrechnung könnten wir ungefähr um 17.45 Uhr fertig sein. Aber Sie wissen, wie zuverlässig diese sein kann. Anschliessend würden wir gerne die Bürositzung durchführen, die eigentlich für morgen Vormittag angesetzt ist. Doch wenn die Zeit reicht, um sie bis um 19.00 Uhr durchzuführen, würden wir sie gerne vorziehen. Ich nehme an, dass dies für die meisten möglich sein wird. Falls nicht, bitte ich Sie, mich während der Pause zu kontaktieren. Einen guten Appetit allerseits!

Hier werden die Beratungen unterbrochen.

Schluss der Sitzung um 16.30 Uhr.

Die Redaktorinnen:

Dorothea Richner (d)

Catherine Graf Lutz (f)