

Parlamentarischer Vorstoss. Antwort des Regierungsrates

Vorstoss-Nr.: 249-2017
Vorstossart: Motion
Richtlinienmotion: ☐
Geschäftsnummer: 2017.RRGR.679

Eingereicht am: 17.11.2017

Fraktionsvorstoss: Ja
Kommissionsvorstoss: Nein
Eingereicht von: SP-JUSO-PSA (Schindler, Bern) (Sprecher/in)
Jordi (Bern, SP)
Weitere Unterschriften: 0

Dringlichkeit verlangt: Nein
Dringlichkeit gewährt:



RRB-Nr.: 420/2018 vom 25. April 2018
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert
Antrag Regierungsrat: **Annahme als Postulat und gleichzeitige Abschreibung**

Zukunft Gesundheit: Fehlanreize im Gesundheitswesen beseitigen

Der Regierungsrat wird beauftragt,

1. Bericht zu erstatten über Fehlanreize in der Gesundheitsversorgung, die den Interessen der Patienten entgegenlaufen und zu Fehlversorgung und Mengenausweitung führen.
2. Vor allem sollen folgende Bereiche auf Fehlanreize untersucht werden:
 - Anreize für Mengenausweitungen aus den Tarifsystemen Tarmed und SwissDRG
 - Fehlversorgung im Bereich der Leistungen für Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherungen
 - Anreizwirkungen aus der Aufteilung von Einnahmen aus den Zusatzversicherungen zwischen Ärzteschaft und Spitälern
 - Kickbacks von Spitälern und Spezialisten für Zuweisungen
 - Bonussysteme in Spitälern
3. Der Bericht soll mögliche Massnahmen zur Beseitigung dieser Fehlanreize aufzeigen.

Begründung:

Die Abgeltungs- und Honorarsysteme im Gesundheitswesen weisen zahlreiche Fehlanreize auf. Diese führen dazu, dass bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten nicht immer die op-

timale Diagnostik und Behandlung im Vordergrund steht, sondern die Optimierung der Einnahmen. Bekannt sind etwa die Mengenausweitungen aufgrund des DRG-Systems, die Durchführung von Operationen statt nicht invasiver Behandlungen aufgrund lohnenswerter DRGs und ein Übermass an technischen diagnostischen Tests, weil diese Tarmed sehr gut abgegolten werden. Dazu kommen mengenbezogene Bonussysteme in Spitälern und Zahlungen von Spitälern und Spezialisten an Zuweiser, wenn diese ihre Patientinnen und Patienten an diese überweisen. Dass Zusatzversicherte häufiger operiert werden als Personen, die nur im Obligatorium versichert sind, weist darauf hin, dass auch im Zusatzversicherungsbereich falsche Anreize gesetzt werden.

Diese falschen Anreizwirkungen führen nicht nur zu Fehlversorgung und Mengenausweitung, sondern auch zu einem unnötigen Kostenwachstum, das von der Bevölkerung über Steuern und Prämien teuer bezahlt werden muss. Der Kanton als Aufsichtsbehörde ist dazu verpflichtet, solche Fehlanreize zu untersuchen und zu beseitigen, damit die Bevölkerung nicht unnötige Behandlungen erhält, damit dadurch die Qualität der Versorgung nicht in Frage gestellt wird und schliesslich damit die Mittel im Gesundheitswesen korrekt eingesetzt werden.

Antwort des Regierungsrates

Aus den heutigen Tarifsystemen ergeben sich erwiesenermassen Anreize für Mengenausweitungen. Sowohl der Bund, wie die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) als auch die Kantone - mitgetragen durch den Kanton Bern – bemühen sich stark, diesen entgegenzuwirken. Das Kostenwachstum kann und darf aber nicht nur mit den Tarifsystemen begründet werden. Nebst den finanziellen Aspekten dürfen andere Einflussfaktoren wie das Bevölkerungswachstum und der demografische und technologische Wandel nicht ausser Acht gelassen werden. Durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung wachsen auch die Zahl der chronisch Kranken und die Wahrscheinlichkeit weiterer Gesundheitsprobleme wie Multimorbidität und Demenz. Weiter sind die Ansprüche an die Gesundheitsversorgung massiv gestiegen.

Zu Ziffer 1 und 2:

Anreize für Mengenausweitungen aus den Tarifsystemen Tarmed und SwissDRG

- Fehlanreize aus der stationären Tarifstruktur: Mit einer stationären Behandlung können meist wesentlich höhere Erträge und Deckungsbeiträge erzielt werden als dies ambulant möglich ist. Es besteht daher der Anreiz, eine Behandlung welche bei gleichbleibender Behandlungsqualität sowohl ambulant als auch stationär erfolgen könnte, stationär durchzuführen. Um diesem Umstand entgegenzuwirken wird das Eidg. Departement des Innern (EDI) mit der Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend „Ambulant vor Stationär“ per 01.01.2019 eine national gültige Liste mit vorläufig sechs Eingriffen einführen, welche nur noch in begründeten Ausnahmefällen stationär erbracht werden dürfen.
- Fehlanreize aus der Tarifstruktur TARMED: TARMED beruht auf Einzelleistungsvergütungen, was eine Mengenausweitung begünstigt, und hat eine geringe Anpassungsfähigkeit. Beispielsweise werden Behandlungen durch technologische Innovationen zusehends günstiger, was TARMED aber nicht sofort berücksichtigen kann. Durch die TARMED-Teilrevision, welche seit dem 01.01.2018 in Kraft ist, wird dieser Effekt weitgehend korrigiert.

Grundsätzlich gilt zu beachten, dass die Kompetenz für oder gegen einen Eingriff sowie die Wahl des geeignetsten Eingriffs beim dafür ausgebildeten medizinischen Fachpersonal liegt und bleibt.

Fehlversorgung im Bereich der Leistungen für Patientinnen und Patienten mit Zusatzversicherungen

Es gibt viele Hinweise und Studien betreffend die Fehl- resp. Überversorgung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten. Das BAG zum Beispiel hat festgestellt, dass Zusatzversicherte im stationären Bereich öfter einem chirurgischen Eingriff unterzogen werden. Die Behandlung zusatzversicherter Patientinnen und Patienten ist sowohl für das Spital wie auch die Operateure ökonomisch lukrativer als die Behandlung grundversicherter Personen. Der Zusatzversicherungsbereich und damit auch die Zusatzversicherungstarife sowie zusätzliche Vergütungen der Ärzte ausserhalb des Sozialversicherungsbereichs liegen im Kompetenz- und Aufsichtsbereich der FINMA. Der Kanton hat hier keine Steuerungsmöglichkeiten. Um einer Fehl- resp. Überversorgung entgegenzuwirken hat der Kanton Bern mit dem „Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern“ ein Instrument entwickelt, um unter anderem eine Überprüfung der Indikationsqualität vorzunehmen. Dieses zielt zwar nicht explizit auf die zusatzversicherten Patientinnen und Patienten, wird jedoch auch dort einen Effekt erzielen.

Die erwähnte Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend „Ambulant vor Stationär“ des BAG wird sich auch auf den Bereich der Zusatzversicherten auswirken, da im ambulanten Bereich der Anreiz bzw. die Möglichkeit, zusätzliche Arzthonorare zu generieren, fehlt.

Anreizwirkungen aus der Aufteilung von Einnahmen aus den Zusatzversicherungen zwischen Ärzteschaft und Spitälern

Die Aufteilung von Einnahmen zwischen der Ärzteschaft und den Spitälern ist Bestandteil spital-interner Verträge, in welche der Kanton keine Einsicht hat und wo er auch keine Kontrollen vornehmen kann. Mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 wurde unter anderem mehr Wettbewerb innerhalb des Gesundheitssystems bezweckt, was sich auch auf die Honorierung auswirkt. Dieser Effekt wird durch den vorherrschenden Fachkräftemangel noch verstärkt.

Kickbacks von Spitälern und Spezialisten für Zuweisungen

Der Regierungsrat hat keine Informationen zu Kickbacks von Spitälern und Spezialisten für Zuweisungen, hält diese Praxis jedoch für unethisch. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird dadurch geschädigt und die Behandlungsqualität gefährdet. Gemäss Art. 36 der Standesordnung der FMH dürfen „Arzt und Ärztin [...] für die Zuweisung von Patienten und Patientinnen oder für die Vornahme einzelner Untersuchungs- oder Behandlungsmassnahmen (Laboruntersuchungen etc.) kein Entgelt oder andere Vorteile versprechen oder entgegennehmen.“ Andernfalls drohen Sanktionen. Kickbacks sind grundsätzlich nicht illegal. Sie zählen aber zu den Vergünstigungen gemäss Artikel 56 Absatz 3 KVG und müssen somit an die Patienten weitergegeben werden.

Bonussysteme in Spitälern

Der Regierungsrat hat keine Einsicht in spitalinterne Leistungsvereinbarungen zwischen der Ärzteschaft und den Spitälern. In Bezug auf die variablen Lohnbestandteile sei hier auf die Interpellation 202-2016, Güntensperger: „Bonizahlungen an Berner Spitäler“ und die Interpellation 108-2017, Güntensperger: „Lohnsysteme für Chefärzte, leitende Ärzte und Oberärzte an Berner Spitälern“ verwiesen.

Zu Ziffer 3:

Als mögliche Massnahmen gegen die Fehlanreize im heutigen System können folgende Punkte aufgeführt werden:

- Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) betreffend "Ambulant vor Stationär": Die Änderung der KLV beinhaltet eine nationale Liste von Eingriffen, die grundsätzlich ambulant durchgeführt werden sollen, ausser wenn besondere Umstände für eine stationäre Durchführung vorliegen. Zahlreiche Behandlungen/Eingriffe können bei gleichem Behandlungserfolg ambulant kostengünstiger erbracht werden. Das Gesundheitsobservatorium OBSAN hat in einer Studie¹ die gemäss Eingriffsliste potenziell vom stationären in den ambulanten Bereich verlagerbaren Fälle sowie die finanziellen Auswirkungen dieser Verlagerung untersucht. Im Jahr 2016 hätten rund 33'000 der betrachteten stationären Fälle ambulant erfolgen müssen und für die Kantone gesamtschweizerisch somit Einsparungen von rund 90 Millionen generiert. Da auch der Spitalaufenthalt der Patienten somit deutlich verkürzt werden kann und die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess beschleunigt wird, ist dies sowohl aus gesundheitsökonomischer wie auch aus volkswirtschaftlicher Sicht sinnvoll.
- Prüfung der Indikationsqualität mit dem „Rahmenkonzept für die kantonale Qualitätssicherung der Spitäler und Kliniken im Kanton Bern“: Die Indikationsqualität gibt Aufschluss darüber, ob ein bestimmtes Behandlungsverfahren bei einem Krankheitsbild für einen Patienten zweckmässig ist. Das heisst, dass der erwartete Gesundheitsnutzen für den Patienten (z.B. Verminderung von Schmerzen, erhöhte Lebensqualität) grösser ist als das erwartete Risiko (z.B. Übelkeit als Nebenwirkung einer Therapie, Komplikationen, Mortalität). Im konkreten Fall wird die Zweckmässigkeit einer Behandlung bzw. eines bestimmten Behandlungsverfahrens anhand von medizinischen und sozialetischen Aspekten beurteilt.
- restriktivere Vergabe von Leistungsaufträgen auf den Spitallisten: In Folge der grossen Informationsasymmetrie zwischen den Leistungserbringern und den Patienten ist die Nachfrage stark angebotsinduziert. Durch eine gezielte kantonsweite dezentrale Konzentration der Leistungserbringung in ausgewählten Behandlungsgebieten soll die Auslastung der Spitalinfrastruktur optimiert werden, um zu einer Reduktion der Vorhaltekosten pro Fall beizutragen.
- Lenkungsabgabe bei einer Mengenausweitung gemäss Art. 42 ff SpVG.
- Mengenregulierung in Form von Globalbudgets: Verbindliche Obergrenzen in Form von Globalbudgets können eine Mengenausweitung einschränken und haben sich in Kantonen

¹ Obsan (2018): Le potentiel de transfert du stationnaire vers l'ambulatorio

wie Genf, Waadt oder Tessin bewährt. Die GEF hatte mit der Versorgungsplanung 2011-2014 für die Spitallisten 2014 eine Mengenbeschränkung vorgesehen. Der Grosse Rat hat jedoch jegliche Mengensteuerung über die Spitallisten abgelehnt. In der Folge hat die GEF auch in der Versorgungsplanung 2016 auf eine Mengenbeschränkung verzichtet. Das Kriterium der Bedarfsnotwendigkeit eines stationären Leistungsangebots für die Kantonsbevölkerung in Bezug auf die restriktivere Vergabe von Leistungsaufträgen auf den Spitallisten hat aber ebenfalls eine mengenbeschränkende Wirkung.

Der Bereich der Zusatzversicherungen und „Kickbacks“ liegt gänzlich ausserhalb des kantonalen Kompetenzbereichs. Die FINMA richtet sich bei der Tarifprüfung und Tarifgenehmigung nach den Vorgaben des Bundesrechts. Es liegt daher im Aufgabenbereich des Bundes, die gesetzliche Grundlage dahingehend anzupassen, dass Fehlanreize beseitigt resp. minimiert werden. Auch betreffend die Handhabung von „Kickbacks“ hat der Kanton weder Regulationsinstrumente noch die Möglichkeit, diese Praxis überhaupt zu entlarven. Weitere kantonale Anstrengungen in diesem Bereich werden daher nicht als zielführend erachtet.

Aufgrund der bereits laufenden und umgesetzten beschriebenen Massnahmen beantragt der Regierungsrat die Annahme als Postulat und gleichzeitige Abschreibung.

Verteiler

- Grosser Rat