

Parlamentarischer Vorstoss. Antwort des Regierungsrates

Vorstoss-Nr.: 153-2017
Vorstossart: Motion
Richtlinienmotion: ☐
Geschäftsnummer: 2017.RRGR.391

Eingereicht am: 13.06.2017

Fraktionsvorstoss: Nein
Kommissionsvorstoss: Nein
Eingereicht von: de Meuron (Thun, Grüne) (Sprecher/in)
Schlup (Schüpfen, SVP)
Rudin (Lyss, glp)

Weitere Unterschriften: 6

Dringlichkeit verlangt: Nein
Dringlichkeit gewährt:

RRB-Nr.: 1085/2017 vom 18. Oktober 2017
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert
Antrag Regierungsrat: **Punktweise beschlossen**
Ziffer 1: Als Postulat annehmen
Ziffer 2: Als Postulat annehmen
Ziffer 3: Als Postulat annehmen
Ziffer 4: Als Postulat annehmen
Ziffer 5: Ablehnung
Ziffer 6: Annahme



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 Prämienengelder 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 PriceWaterhouse-Coopers PWC in einer [Studie](#)¹ 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.

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 Krampfaden-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.

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

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 9'500 Behandlungen gemäss der PwC-Liste an Bernerinnen und Bernern 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 (EFAS) 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.

Verteiler

- Grosser Rat