

Ausserkantonale Hospitalisationen Teil II [1]

Für Patienten steht viel auf dem Spiel – auch nach dem 1. Januar 2012

Mit Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in Bezug auf die Finanzierung ausserkantonalen Spitalbehandlungen dürfte es in der Anlaufphase zu erheblichen Schwierigkeiten kommen. Die verbreitete Meinung, welche Kantons- und Kantonsgrenzen seien gefallen, wird voraussichtlich zu Spitaleinweisungen führen, welche die Voraussetzungen für eine volle Kostendeckung durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) und Kantone nicht erfüllen. Der folgende Artikel gibt Hinweise und Empfehlungen*, um Probleme dieser Art zu vermeiden.

Thomas Plattner^a,
Magdalena Wicki Martin^b,
Robert Gmür^c,
Chung-Yol Lee^d

a Dr. med., Facharzt für Rechtsmedizin, Kantonsarzt StV, Freiburg

b wissenschaftliche Mitarbeiterin, Gesundheitsamt des Kantons Freiburg

c juristischer Berater, Gesundheitsamt des Kantons Freiburg

d Dr. med, Facharzt Innere Medizin, Kantonsarzt Freiburg

* siehe dazu insbesondere den Absatz «Schlussfolgerungen und Empfehlungen» am Ende des Artikels.

Korrespondenz:
Thomas Plattner
Kantonsarztamt
Chemin des Pensionnats 1
CH-1700 Freiburg
Tel. 026 305 79 80

thomas.plattner@fr.ch

Einleitung

Nebst Einführung eines einheitlichen Tarifsystems verfolgt die aktuelle KVG-Revision im Bezug auf die Spitalfinanzierung das Ziel, die freie Spitalwahl für alle Einwohner des Landes zu gewährleisten. So wurde die Unterscheidung von öffentlichen Kliniken und Privatspitälern im Hinblick auf die Finanzierung abgeschafft, und die Beitragspflicht der obligatorischen Krankenversicherung und der Kantone auf alle Spitäler ausgeweitet, die sich auf einer kantonalen Liste befinden.

Dass sich diese Beitragspflicht der Kantone in gewissen Situationen auf den innerkantonalen Referenztarif beschränkt, ist aufgrund unserer Erfahrung bei Ärzten [2] und Patienten weitgehend unbekannt. Diese Bestimmung kann aber dazu führen, dass eine allenfalls entstehende Kostendifferenz zulasten des Patienten oder seiner Zusatzversicherung fällt, was uns umso problematischer erscheint, als unter Versicherten und Gesundheitsfachleuten zurzeit gleichermassen die Meinung vorherrscht, die Kantonsgrenzen seien im Hinblick auf die Spitalfinanzierung gefallen, und man könne sich nun ohne Einschränkungen, ohne Zusatzversicherung und ohne Kostengutsprache des Wohnkantons in der ganzen Schweiz behandeln lassen.

Es wird demnach künftig umso wichtiger sein, dass die Ärzte in Spital und Praxis die Bedingungen für die Kostenbeteiligung der Kantone bei stationären Behandlungen kennen und ihre Patienten entsprechend beraten können. Wir möchten deshalb die neuen Spielregeln, so wie wir diese zum jetzigen Zeitpunkt interpretieren, im Folgenden kurz ausführen und den Ärzten praktische Hinweise geben.

Gesetzliche Grundlagen und administrative Abläufe

Gem. Art. 39 KVG sind für Leistungen aus der Grundversicherung all jene Spitäler zugelassen, welche sich auf einer kantonalen Spitalliste befinden (Listenspitäler) oder die einen eigenen Vertrag mit den Versicherern haben (Vertragsspitäler), und dies unabhängig davon, ob es sich um eine private Trägerschaft handelt oder nicht.

Die Kantone führen künftig eine Liste, welche alle Leistungserbringer im stationären Bereich aufführt, die sie im Rahmen der Spitalplanung für die medizinische Versorgung der Kantonsbevölkerung als notwendig erachten. Grundsätzlich steht dem Kanton frei, welche Leistungserbringer er auf diese Liste nimmt. Es darf aber davon ausgegangen werden, dass ausserkantonale Spitäler bzw. bestimmte Abteilungen oder auch nur bestimmte Leistungen nur dann auf die Liste kommen, wenn sie einem Bedarf entsprechen, der durch das innerkantonale Angebot nicht abgedeckt wird. In diesen Spitälern wird der Kanton unabhängig vom Standortkanton des Spitals mindestens 55% der stationären Behandlungskosten tragen. Die übrigen Kosten werden von der Grundversicherung gem. KVG übernommen.

Bis anhin war bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten immer eine kantonale Kostengutsprache Voraussetzung, damit der Kanton einen Beitrag leistet. Ab 2012 wird es so sein, dass Patienten innerhalb der Spitalliste ihres Wohnkantons frei wählen können, und eine Kostengutsprache nicht mehr notwendig sein wird. Dies gilt aber wie gesagt nur für Spitäler, die auf der Liste des Wohnkantons stehen. Steht ein Spital hingegen nur auf der Liste des Standortkan-

Tabelle 1
Finanzierungsmodalitäten.

Art. KVG (neu)	Spital	Kantonale Kostengutsprache		Kostenaufteilung
		Notfall*	Geplanter Eingriff	
41.1 bis	Spital auf der Liste des Wohnkantons	Nicht notwendig	Nicht notwendig	OKP + Wohnkanton
41.1. bis/ 41.3	Spital auf der Liste des Standortkantons	Je nach Kanton, aber generell empfohlen	Notwendig	<i>Notfall/Kostengutsprache bewilligt:</i> OKP + Wohnkanton
				<i>Kein Notfall/Kostengutsprache abgelehnt:</i> OKP + Wohnkanton (maximal gem. Referenztarif Wohnkanton) + Zusatzversicherung oder Patient
49 a Abs. 3	Spital auf der Liste eines Drittkantons**	Notwendig	Keine Kostengutsprache durch den Kanton	<i>Notfall/Kostengutsprache bewilligt:</i> OKP + Wohnkanton <i>Kein Notfall/Kostengutsprache abgelehnt:</i> OKP + Zusatzversicherung oder Patient
49 a Abs. 3	Vertragsspital***	Notwendig	Keine Kostengutsprache durch den Kanton	<i>Notfall/Kostengutsprache bewilligt:</i> OKP + Kanton <i>Kein Notfall/Kostengutsprache abgelehnt:</i> OKP + Zusatzversicherung oder Patient

OKP: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

* Behandlung muss unverzüglich erfolgen, und die Verlegung/Einweisung in ein Spital auf der Liste des zivilrechtlichen Wohnsitzkantons ist medizinisch nicht vertretbar.

** Kliniken, die sich weder auf der Liste des Wohnsitzkantons noch auf jener des Standortkantons, aber auf einer Liste eines Drittkantons befinden (z. B. Rehabilitationskliniken, deren Trägerschaft sich ausserhalb des Standortkantons befindet).

*** Spital, welches mit einem oder mehreren Versicherern Verträge hat, aber auf keiner kantonalen Liste steht.

tons oder jener eines Drittkantons, oder handelt es sich um ein sog. «Vertragsspital» (Definitionen s. Tabelle), dann ist wie heute eine Kostengutsprache des Kantons notwendig, damit dieser seinen vollen Anteil an den Behandlungskosten trägt. Liegt keine solche Kostengutsprache vor, dann muss gem. KVG Art. 41bis der Wohnkanton nur jenen Anteil zahlen, der dem innerkantonalen Referenztarif entspricht (mit Ausnahme von Vertragsspitalern, wo der Kanton sich nicht an geplanten Eingriffen beteiligt). Der Rest müsste dann entweder von einer Zusatzversicherung oder aber vom Patienten selber bezahlt werden (s. Tabelle).

Da trotz einheitlichem Tarifsystem auch in Zukunft zu erwarten ist, dass die Tarife von Kanton zu Kanton stark variieren, ist nicht auszuschliessen, dass für Patienten erhebliche Folgekosten entstehen, wenn eine Behandlung erfolgt, obwohl die Kostengutsprache nicht erteilt wurde. Besonders im Nachteil wären dann Bewohner von Kantonen, in denen niedrigere Tarife gelten als in den Nachbarkantonen.

Die Kostengutsprache wird wie bis anhin dann erteilt, wenn ein medizinischer Grund vorliegt. Unter medizinischen Gründen sind Notfälle sowie medizinische Leistungen zu verstehen, die im Wohnkanton nicht angeboten werden. Auch künftig wird ein Amtsarzt des Wohnkantons, in der Regel der Kantonsarzt, entscheiden, ob diese Bedingungen erfüllt

sind und die Kostengutsprache entsprechend erteilen.

Laut Gesetzestext wäre eine kantonale Kostengutsprache bei Notfällen theoretisch nicht mehr notwendig. Allerdings präzisiert der Gesetzgeber auch im revidierten KVG nicht, was unter einem Notfall zu verstehen ist. Gemäss Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts [3] liegt ein Notfall im Sinne des Gesetzes sinngemäss nur dann vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital der Spitalliste des zivilrechtlichen Wohnsitzkantons zu transportieren.

Was ein Notfall ist und was nicht, ist somit Interpretationsache. Da der Notfallbegriff nicht selten «missbraucht» wird, um nicht gerechtfertigte Ansprüche auf eine kantonale Kostenbeteiligung geltend zu machen, ohne dass es sich wirklich um eine dringliche Behandlung im oben erwähnten Sinne gehandelt hätte, werden sich die Kantone auch künftig das Recht vorbehalten, den Notfallcharakter bei als Notfällen deklarierten Behandlungen zu überprüfen, und die Forderungen gegebenenfalls zurückweisen. Die meisten Kantone werden deshalb auch bei Notfällen auf der Einreichung eines Kostengutsprache gesuchs bestehen. Konkret bedeutet dies, dass sich ein Patient, der keine Zusatzversicherung für Behandlungen in der ganzen Schweiz hat, auch bei Notfällen in einer Klinik auf der Liste seines Wohnsitzkantons be-

handeln lassen muss, sofern die erforderliche Behandlung dort verfügbar ist und wenn keine sofortige und dringliche Behandlung im nächstgelegenen Spital erfolgen muss, um einen Schaden abzuwenden. Dasselbe gilt für den Fall einer ambulanten Behandlung, die infolge von Komplikationen zu einer stationären Behandlung führt. Nimmt der Patient eine ambulante Behandlung in einem Spital in Anspruch, das nicht auf der Liste des Wohnkantons steht, und dies, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit dafür besteht (die Behandlung hätte auch in einem Spital auf der Liste des Wohnkantons durchgeführt werden können), kann er im Falle einer Komplikation keinen Notfall geltend machen und damit nicht den vollen kantonalen Beitrag in Anspruch nehmen [4].

Die tabellarische Darstellung auf S. 1586 soll eine Übersicht über die verschiedenen Varianten geben. Da sie den derzeitigen Wissensstand darstellt, erheben wir allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Ärzte

Wir glauben, dass es mit Inkrafttreten des neuen KVG im Bezug auf die Finanzierung ausserkantonaler Spitalbehandlungen vor allem in der Anlaufphase zu erheblichen Problemen kommen wird. Die weit verbreitete Meinung, die Kantonsgrenzen seien gefallen, wird zu Spitaleinweisungen führen, die die Voraussetzungen für eine volle Kostendeckung durch OKP und Kantone nicht erfüllen.

Um Probleme zu vermeiden, müssten die Versicherten, die letztlich die Verantwortung für die Spitalwahl und deren Konsequenzen selber tragen müssen, nebst genauer Kenntnis der interpretationsbedürftigen Notfalldefinition und des medizinischen Angebots des Wohnkantons auch noch dessen Spitalliste kennen. Dies kann unserer Ansicht nach den Patienten nicht zugemutet werden, womit der Beratung des Arztes grosse Bedeutung zukommt. Indem die folgenden Hinweise und Empfehlungen beachtet

werden, sollten unserer Ansicht nach Probleme weitgehend zu vermeiden sein:

- Weisen Sie Patienten grundsätzlich immer in ein Spital ein, welches sich auf der Liste des Wohnkantons befindet. Es sei denn:
 - Die Einweisung in ein Spital ausserhalb der Liste des Wohnkantons ist medizinisch notwendig (Notfall und/oder medizinische Leistung ist in einem Spital auf der Liste des Wohnkantons nicht verfügbar, s. Negativliste des zivilrechtlichen Wohnsitzkantons, im Zweifelsfall beim Referenzspital des Wohnsitzkantons nachfragen).
 - Der Patient ist Zusatzversichert und wünscht eine Einweisung in ein Spital ausserhalb der Liste des Wohnkantons.
- Überprüfen Sie die Notfallindikation. Ein Notfall liegt nur dann vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes zu transportieren.
- Stellen Sie für Einweisungen in Spitäler ausserhalb der Liste des Wohnkantons auch bei Notfällen immer eine Kostengutsprache an den Kanton, auch bei Zusatzversicherten Patienten. Für Wahleingriffe muss das Gesuch früh genug (mindestens eine Woche vor Einweisung) gestellt werden. Füllen Sie dieses vollständig und leserlich aus! Unleserliche oder unvollständige Gesuche werden zurückgewiesen.

Literatur

- 1 Teil I: Plattner T, Lee CY. Ausserkantonale Hospitalisationen – für Patienten steht viel auf dem Spiel. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(41):1588–9.
- 2 Der besseren Lesbarkeit halber wird in diesem Artikel nur die männliche Form verwendet.
- 3 Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. Oktober 2002 (AFTA K 128/01).
- 4 Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 13. April 2006 (AFTA K 81/05).