

Ausserkantonale Hospitalisation

Was bedeutet freie Spitalwahl?

Seit dem 1. Januar 2012 ist die neue Spitalfinanzierung in Kraft. Sie beruht auf dem revidierten Krankenversicherungsgesetz KVG, welches von den Eidgenössischen Räten im Dezember 2007 verabschiedet wurde. Diese Gesetzesänderung führt zu grundlegenden Veränderungen im Gesundheitswesen der Schweiz. Ein zentrales Element sind die neuen Bestimmungen für die Vergütung von stationären Spitalbehandlungen. Erstmals werden diese schweizweit einheitlich geregelt. Damit soll mehr Transparenz bezüglich der Behandlungskosten in den Schweizer Spitälern geschaffen werden. Gleichzeitig sollen Patientinnen und Patienten mehr Freiheit bei der Wahl eines Spitals ihres Vertrauens über die Kantonsgrenzen hinweg erhalten.

Für die Spitäler gilt ein neues Abrechnungssystem für die Fakturierung ihrer Leistungen. Seit anfangs Jahr werden stationäre akutsomatische¹ Spitalleistungen auf der Basis von Fallpauschalen abgerechnet. Dabei wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet. Davon abgeleitet wird das neue Tarifsystem „Swiss Diagnosis Related Groups“ (SwissDRG) genannt. Die Behandlungskosten sind so direkt von den effektiven medizinischen Leistungen abhängig und nicht wie bisher von der Verweildauer im Spital.

Wichtiger Bestandteil der neuen Spitalfinanzierung ist die „freie Spitalwahl“ für Patienten und Patientinnen. Neu können Grundversicherte für die stationäre Behandlung akuter Krankheiten (Somatik oder Psychiatrie) oder für die stationäre Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation das Spital frei wählen, unabhängig davon, ob es sich um ein inner-oder ausserkantonales Spital bzw. um ein öffentliches oder privates Spital handelt.

Was ist ein Listenspital?

Die Kantone haben die Aufgabe, die Versorgung ihrer Einwohner mit stationären Spitalleistungen sicher zu stellen. Zu diesem Zweck schliessen sie mit Spitälern Leistungsverträge ab. Die Summe der vergebenen Leistungsaufträge bildet die sog. Spitalliste. Diese Spitallisten werden von den Kantonen veröffentlicht. Auf diesen Listen können sowohl Spitäler innerhalb des jeweiligen Kantons, als auch ausserkantonale Spitäler aufgeführt sein. Ein Spital kann in der Konsequenz auf der Spitalliste mehrerer Kantone stehen. Spitäler die keine Leistungsaufträge der Kantone erhalten haben, also auf keiner Spitalliste stehen, können mit einem oder mehreren Krankenversicherern Verträge abschliessen. Man spricht dann von sog. Vertragsspitälern. Voraussetzung ist, dass es sich um ein zugelassenes Spital handelt.

Allerdings werden im System der freien Spitalwahl nicht automatisch alle Kosten übernommen. Für eine vollumfängliche Deckung der Behandlungskosten durch die Krankenversicherungen und die Kantone sind die genauen Umstände zu beachten.

¹ Unter dem Begriff „Akutsomatik“ wird die stationäre Behandlung akuter Krankheiten oder Unfälle verstanden, die aufgrund medizinischer Indikation eine Behandlung und Pflege in einem Spital benötigen. Die Akutphase der stationären Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls, verbunden mit einer medizinischen Indikation, ist zeitlich begrenzt und dauert solange, als eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich und ärztlich diagnostiziert ist.

Welche Kosten werden übernommen?

Je nach Wahl des Behandlungsspitals gibt es verschiedene Szenarien:

- a) Befindet sich das von der Patientin oder vom Patienten ausgewählte Spital im Wohnortkanton und steht auf der Spitalliste des Wohnortkantons, werden die vollen Behandlungskosten übernommen.
- b) Befindet sich das von der Patientin oder dem Patienten gewählte Spital nicht im Wohnkanton, ist es aber auf dessen Spitalliste aufgeführt, so werden die vollen Behandlungskosten übernommen.
- c) Befindet sich das gewählte Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons, aber auf der Spitalliste des Standortkantons, so übernimmt der Wohnkanton die Kosten bis zu der Höhe der Kosten einer vergleichbaren Behandlung in einem Spital der Spitalliste des Wohnkantons. Der Wohnkanton definiert dafür einen sog. Referenztarif. Ist der Preis des behandelnden Spitals höher, als der Referenztarif des Wohnkantons, so muss die Differenz von der Patientin oder dem Patienten selbst resp. von der Zusatzversicherung übernommen werden. Eine Übersicht der geltenden Referenztarife findet sich auf der Webseite der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- d) Hat der Wohnkanton für eine bestimmte Behandlung kein entsprechendes Spital auf seiner Spitalliste oder ist im konkreten Einzelfall der Eingriff zu komplex für die Listenspitäler, so liegt ein sogenannter „medizinischer Grund“ vor. In diesem Fall sind die gesamten Behandlungskosten in einem Spital, das für die betreffende Behandlung auf der Spitalliste eines Standortkantons aufgeführt ist, gedeckt. Im Einzelfall empfiehlt sich beim Spitalamt des Wohnkantons abzuklären, welche Kosten übernommen werden.

Grundsätzlich gilt: Wählen Versicherte ein Spital aus, welches in ihrem Wohnortkanton nicht als Listenspital geführt ist, empfiehlt sich eine direkte Abklärung im Voraus mit der Krankenversicherung, welche Behandlungskosten übernommen werden.

Bei Notfallbehandlungen werden die vollen Kosten von der Krankenversicherung und dem Wohnkanton übernommen, unabhängig davon, ob sich das Spital auf der Spitalliste des Wohnkantons befindet oder nicht.

In der nachfolgenden Tabelle sind die möglichen Szenarien bei der Behandlung in einem Spital ausserhalb des Wohnsitzkantons zusammengefasst:

Das ausserkantonale Spital ist:	Volle Kostendeckung	Kantonales Kostengutspracheverfahren bei		
		Notfall	Medizinischer Notwendigkeit	Geplanter Behandlung
auf der Spitalliste des Wohnkantons des Patienten	Ja	Nicht notwendig	Nicht notwendig	Nicht notwendig
Nur auf der Spitalliste des Standortkantons des Spitals <u>und</u> der Tarif ist tiefer als der Referenztarif im Wohnkanton des Patienten	Ja	Nicht notwendig	Nicht notwendig	Nicht notwendig
Nur auf der Spitalliste des Standortkantons des Spitals <u>und</u> der Tarif ist höher als der Referenztarif im Wohnkanton des Patienten	Nur im Notfall oder wenn die Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons nicht möglich ist	ev. notwendig zur Indikationsprüfung	ev. notwendig zur Indikationsprüfung	Nicht aussichtsreich
weder auf der Spitalliste des Wohnkantons des Patienten noch auf der Spitalliste des Standortkantons des Spitals (sondern es ist ein Vertragsspital)	Nur im Notfall	ev. notwendig zur Indikationsprüfung	ev. notwendig zur Indikationsprüfung	—

Weiterführende Informationen:

Auf der Website der GDK sind die wichtigsten Informationen mit Links zu den folgenden Themen verfügbar:

- Ausserkantonale Hospitalisation, Kostengutspracheverfahren:
<http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=942>
- Überblickdarstellung mit Links u.a. zu den Spitallisten und den provisorischen Referenztarifen der Kantone:
http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/Spitalplanung/GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spaltarife.pdf
- Weitere Informationen aus den Kantonen:
Bern:
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheits/gesundheits/ausserkantonale_hospitalisationen.html
St.Gallen:
<http://www.sg.ch/home/gesundheits/kantonsarzt/hospitalisation.html>

Dr. Simon Hölzer
Geschäftsführer SwissDRG AG
Haslerstrasse 21
3008 Bern
Tel. 031 310 05 50
e-mail: simon.hoelzer@swissdrg.org