

Kostengutsprachen

E. Taverna

Wer kennt sie nicht, die Formulare für Kostengutsprachen? Gemäss KVG Artikel 41.3 ist jede zuweisende Medizinalperson angewiesen, für ausserkantonale Hospitalisationen eine kantonsärztliche Bewilligung einzuholen. Nur für Spitäler der kantonalen Spitalliste und unabhängig vom Versicherungsstatus. Kann der Wohnkanton die erforderliche medizinische Dienstleistung nicht anbieten, zahlen Steuerzahler und Kassen gemeinsam an den auswärtigen Kosten. Zwar volkswirtschaftlich ein Nullsummenspiel, doch nicht ganz untypisch für das helvetische Gesundheitswesen. Kleinere Kantone, die weniger in eigener Regie erledigen können, sind Exporteure. Sie helfen dem grossen Nachbarn, seine Bettenbelegung zu verbessern und hoffen als gute Kunden auf Rabatte. Sie beobachten argwöhnisch die regionalen Ambulanzen vom 144, auf dass die Zentrumsspitäler ihnen ja keine Notfälle wegschnappen, und sie überlegen, ob es sich lohnen könnte, das eigene Angebot zugunsten der eigenen Buchhaltung auszubauen.



Jedes neue Formular bringt neben Pannen auch einen bürokratischen Machtzuwachs. Dass der norddeutsche Assistent die beiden Appenzell vereinigt, ist verständlich, dass ein Kollege mich nach Österreich übersiedelt, schon weniger. Für die Vielbeschäftigten, sich für ihre Patienten Aufopfernden ist natürlich jeder Papierkram eine Zumutung. Ihre amtsärztlichen Kollegen könnten dafür versucht sein, möglichst oft Gesuche abzulehnen, peinlich genau die Spitallisten einzuhalten, die Aufenthaltsdauer maximal zu verkürzen, Verlegungstransporte anzuordnen oder alle als Notfall deklarierten Einweisungen zu überprüfen. Die Finanzstellen verschleppen die erhaltenen Rechnungen, um Zinsen zu sparen, und die Kassen rekurrieren bei abschlägigen Entscheiden, weil sie nicht alleine zahlen wollen. Das ist natürlich graue Theorie und ich wollte damit nur andeuten, was für neckische Spiele möglich wären. In Wahrheit geschieht nichts dergleichen, denn schon die normale Abwicklung sichert Arbeitsstellen genug.

An Transparenz hat er etwas gebracht, dieser KVG-Artikel. Wir wissen ziemlich genau, wohin welcher Patient wofür geht und was wir auswärts für wieviel einkaufen. Die Bevölkerungsstatistik wird um das Mosaik der Spitaleintritte bereichert. Es gibt saisonale Muster, etwa den Skiunfall im Wallis, den Herzinfarkt in Samedan, den Blinddarm in Ilanz oder die Krisenintervention in Zürich. Das konstanteste aller Muster ist aber die jährliche Zunahme der bewilligten Kostengutsprachen und damit der Ausgaben. Immer mehr Leistungen für unheilbare Krankheiten, für aufwendige Diagnoseverfahren, für extrem teure Eingriffe an Menschen, die ein Jahr nicht überleben und für hochspezialisierte Rehabilitationen, auch dann, wenn nur ein minimaler Gewinn an Lebensqualität gewonnen wäre. Besser ein Schnarcher zuviel polysomnographiert, im Zweifelsfall immer eine Koronarangiographie, nach jeder Commotio ein MRI, dem Ex-Trinker eine neue Leber, wenn schon Pacer, dann mit eingebautem Defibrillator und für die Memory-Klinik ist es sowieso nie zu spät. Dass jeder Fall besonders und einzigartig ist, macht ein Nein fast unmöglich. Zudem beinhaltet der Begriff der Grundversorgung heute alles, von einem halben Dutzend Operationsvarianten für einen Leistenbruch bis zur Metastasenresektion und Stammzellmobilisation. Wenn ich Rechnungen visiere, habe ich im allgemeinen keine Probleme. Doch ab und zu gibt es finanzielle «Ausreisser» mit einer sechsstelligen Summe, von der ein Drittweltspital lange funktionieren würde. Das eine hat sehr wohl mit dem anderen zu tun. Kann und darf oder muss man diese Lebensjahre gegeneinander aufrechnen? Darüber kann auch eine Kostengutsprache nicht entscheiden, darüber dürfen auch Sie als Arzt oder Ärztin im Alleingang nicht entscheiden.

Als Einwohner dieses Staates geht es um die Steuern einzelner, als Weltbürger um die Zukunft von allen. Für einen Schritt in die richtige Richtung wünsche ich Ihnen ein gutes neues Jahr, gewappnet mit guten Vorsätzen.