

Wie lässt sich Ärger bei der Einweisung in ein ausserkantonales Spital vermeiden? – Empfehlungen von zwei Kantonsärzten.

Ausserkantonale Hospitalisationen – für Patienten steht viel auf dem Spiel!

Thomas Plattner^a,
Chung-Yol Lee^b

a Dr. med. Facharzt
für Rechtsmedizin,
Kantonsarzt Stv.

b Dr. med. MPH, exec. MPA
Facharzt für Innere Medizin,
Kantonsarzt

Die Autoren bedanken sich bei Magdalena Wicki und Robert Gmür, Gesundheitsamt des Kantons Freiburg, für ihre hilfreichen Kommentare.

* Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Folgenden nur noch das männliche Geschlecht verwendet. Frauen sind ebenfalls gemeint.

1 Gem. Empfehlung 1 der Empfehlungen der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Art. 41.3. KVG vom 21. August 2003. http://www.gdk-cds.ch/fr/gesoek/vollzugkvg/ausserkanthosp/emaub08_revision_21082003-f.pdf.

2 Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. Oktober 2002 (ATFA K 128/01).

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Plattner
Kantonsarztamt
Chemin des Pensionnats 1
CH-1700 Freiburg
Tel. 026 305 79 80
Fax 026 305 79 81

Einleitung

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) verpflichtet die Kantone dazu, sich unter bestimmten Bedingungen an den Kosten einer ausserkantonalen stationären Behandlung ihrer Einwohner zu beteiligen. Ob die Kostenpflicht des Kantons gegeben ist, entscheidet der zuständige Amtsarzt, in der Regel der Kantonsarzt, auf ärztlichen Antrag hin. Als Kantonsärzte eines bevölkerungsmässig mittelgrossen Kantons ohne eigenes universitäres medizinisches Zentrum behandeln wir jährlich ca. 4000 solcher Gesuche. Dabei müssen wir leider fast täglich feststellen, dass es vielen Kolleginnen und Kollegen* an Kenntnissen über die Funktionsweisen des schweizerischen Krankenversicherungswesens und ihrer rechtlichen Grundlagen mangelt – oft mit folgenschweren Konsequenzen für ihre Patienten. Denn letztlich tragen diese die finanziellen Folgen eines nicht indizierten ausserkantonalen Spitalaufenthaltes, wenn keine Zusatzversicherung vorliegt. Wir möchten deshalb im Folgenden versuchen, der Ärzteschaft die gesetzlichen Grundlagen in Erinnerung zu rufen und praktische Hinweise für die Gesuchsstellung zu geben.

Gesetzliche Grundlagen, administrative Abläufe und Probleme

Gem. Art. 41 KVG sind die Kantone zahlungspflichtig, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind [1]:

- Für die Behandlung besteht eine Leistungspflicht der obligatorischen Krankenversicherung (Grundversicherung). (Falls eine Unfallversicherung, die Invaliden- oder Militärversicherung leistungspflichtig ist, entfällt die Beitragsleistung des Kantons).
- Die Behandlung erfolgt in einem zur Krankenversicherung zugelassenen ausserkantonalen Spital.
- Das behandelnde Spital ist ein öffentliches oder öffentlich subventioniertes Spital.
- Die Behandlung erfolgt aus medizinischen Gründen. D. h. die erforderliche Behandlung ist im Wohnkanton nicht verfügbar oder es liegt ein Notfall (s. u.) vor.

Ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, entscheiden wie bereits erwähnt die Amtsärzte auf ärztliches Gesuch hin.

Der Entscheid des Amtsarztes betrifft die Kostenbeteiligung des Kantons im Rahmen der Grundver-

sicherung. Wer also jederzeit die Wahl haben will, sich in einem ausserkantonalen Spital behandeln zu lassen, sei es aus praktischen Gründen – z. B. weil die Verwandtschaft in der Nähe wohnt – oder weil er der Meinung ist, nur in einem Universitätsspital gut behandelt zu werden, muss dafür eine entsprechende Zusatzversicherung abschliessen. Es kann nicht die Sache der Kantone sein, persönliche Vorlieben im Bezug auf die Zielspitäler zu subventionieren. Bei unseren Entscheidungen versuchen wir, den begrenzten Handlungsspielraum, den wir haben, auszunutzen und dabei auch der Tragik gewisser Einzelschicksale Rechnung zu tragen. Allerdings müssen dabei die Interessen des Kantons und seiner (steuerzahlenden) Bevölkerung – der Kanton Freiburg zahlt jährlich ca. 20 Millionen Franken für ausserkantonale Spitalaufenthalte – im Vordergrund stehen und für alle Gesuche die gleichen Massstäbe angewendet werden.

Der Notfallbegriff bedarf einer Präzisierung, da dieser im KVG nicht definiert wird. Die Praxis der Kantone stützt sich dabei auf einen Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. Oktober 2002 [2], wonach der Kanton nur dann kostenpflichtig ist, wenn:

- der Notfall ausserhalb des Wohnkantons auftritt,
- «die medizinische Versorgung unverzüglich erteilt werden muss und
- es nicht möglich oder angemessen ist, die versicherte Person zur Rückkehr in ihren Wohnkanton zu veranlassen».

Daraus folgt, dass auch im Notfall stets eine Einweisung oder Verlegung in den Wohnkanton erfolgen muss, es sei denn, der Patient verfüge über eine Zusatzversicherung oder die direkte Einweisung ins nächste ausserkantonale Zentrum ist medizinisch notwendig, z. B. weil die notwendige Leistung im Kanton nicht verfügbar ist, oder weil es wegen des Zeitverlusts nicht angebracht wäre, den Patienten zuerst innerhalb des Kantons zu hospitalisieren.

Wir sind oft gezwungen, Gesuche abzulehnen, bei denen der Arzt eine notfallmässige ausserkantonale Hospitalisation veranlasste, obwohl die vorgenannten Kriterien nicht erfüllt waren. Oft wünschen Patienten z. B. aufgrund ihrer Muttersprache diese Verlegung, oder der Arzt arbeitet aufgrund seines Praxisstandortes üblicherweise mit diesen Spitälern zusammen; oder aber er ist der Meinung, die notwendige Therapie sei

nur in einem Universitätsspital möglich, ohne dies näher abgeklärt zu haben. Er erweist damit nicht nur seinem Patienten einen schlechten Dienst, sondern geht auch selbst ein erhebliches Risiko ein: In der Tat kann der Patient ihn wegen mangelhafter Aufklärung für die finanziellen Folgen einer ausserkantonalen Hospitalisation, welche die Voraussetzungen von Art. 41 KVG nicht erfüllt, haftbar machen.

Gelegentlich begeben sich Patienten für eine ambulante Behandlung in eine Klinik ausserhalb des Wohnkantons. Wenn dann Komplikationen auftreten, die eine stationäre Behandlung erfordern, wird ebenfalls damit argumentiert, dass es sich um einen Notfall handle, der ja dann ausserhalb des Kantons eingetreten sei. Allerdings präzisiert hier das eidgenössische Versicherungsgericht, dass keine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons besteht, «wenn eine notfallmässig in einem ausserkantonalen Spital behandlungsbedürftige Erkrankung in zeitlichem und sachlichem Zusammenhang mit einer nicht aus medizinischen Gründen ausserkantonal durchgeführten Behandlung steht.» In einem solchen Fall nimmt der Patient in Kauf, dass sich Komplikationen ergeben könnten, und kann keine finanziellen Leistungen des Kantons in Anspruch nehmen [3].

Rechtlich ist der Arzt verpflichtet, dem Kantonsarzt die medizinischen Informationen zu übermitteln, die dieser für seine Entscheidung benötigt. Dies betrifft die aktuelle Diagnose und die vorgesehenen bzw. durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, auf die datenschutzrechtlichen Probleme im Zusammenhang mit dem Berufsgeheimnis und dem Informationsaustausch mit Behörden und Versicherungen einzugehen. Hervorzuheben ist immerhin, dass die systematische Übermittlung von Austrittsberichten problematisch ist, da dieser unter Umständen Informationen enthalten kann, die der Amtsarzt für die Entscheidung nicht benötigt. In den meisten Fällen ist eine Präzisierung des Arztes, warum die Verlegung veranlasst wurde, ausreichend (sie sollte aber leserlich sein!). Dennoch benötigen wir gelegentlich zusätzliche Informationen und fordern in diesen Fällen der Einfachheit halber den Austrittsbericht an, da die Erstellung und Beantwortung eines individuellen Fragenkatalogs den administrativen Aufwand für alle Beteiligten unverhältnismässig erhöhen würde.

Zu bemerken ist überdies, dass wir uns gerade in schwierigen Abgrenzungsfällen ein möglichst umfassendes Bild machen können müssen und auf entsprechende Zusatzinformationen angewiesen sind, deren Stellenwert für den «korrekten» Entscheid ohne Kenntnis dieser Zusatzinformationen nicht ohne Weiteres bestimmt werden kann. Sollte der Austrittsbericht aber doch einmal Angaben enthalten, die für den Entscheid über die kantonale Kostenbeteiligung ganz offensicht-

lich nicht benötigt werden, kann und soll der behandelnde Arzt die entsprechenden Stellen vor der Anfertigung der Kopie für den Amtsarzt abdecken.

Hinweise und Empfehlungen an die Ärzteschaft

- Der einweisende Arzt muss vor einer ausserkantonalen Einweisung die Versicherungsdeckung überprüfen. Sollte der Patient nicht über eine Zusatzversicherung verfügen und will die Kostendifferenz nicht selbst übernehmen, ist abzuklären, ob die notwendige medizinische Leistung im Wohnsitzkanton verfügbar ist oder nicht. Im Zweifelsfall ist der Dienstarzt oder der zuständige medizinische Spezialist im Referenzspital des Wohnsitzkantons zu kontaktieren.
- Ein Spitalarzt muss bei der Aufnahme eines Patienten aus einem anderen Kanton die Versicherungsdeckung prüfen. Falls keine Zusatzversicherung für eine Behandlung in der ganzen Schweiz besteht und der Patient die Kostendifferenz nicht selbst übernehmen will, muss eine Verlegung oder eine Rückverlegung in ein Spital des Wohnkantons erfolgen, wenn die erforderliche Leistung im Wohnkanton angeboten wird und dies medizinisch verantwortet werden kann.
- Vor einem geplanten Eingriff in einem ausserkantonalen Spital muss der Arzt ebenfalls die Versicherungsdeckung des Patienten überprüfen. Hat dieser keine Zusatzversicherung und will er die Kostendifferenz nicht selber übernehmen, dann muss er in ein Spital eingewiesen werden, das öffentlich bzw. öffentlich subventioniert ist und sich auf der kantonalen Spitalliste befindet. Auch hier gilt, dass der Wohnkanton nur dann zahlungspflichtig ist, wenn die medizinische Leistung im Wohnkanton nicht angeboten wird.
- Das Gesuch «Kostengutsprache für ausserkantonale Behandlungen» (Standardformular der kantonalen Gesundheitsdirektorenkonferenz auf ihrer Webseite, www.gdk-cds.ch, unter Themen-Tariffagen-Ausserkantonale Hospitalisationen, in vielen Kantonen auf der Homepage des Wohnkantons verfügbar) muss vollständig und leserlich ausgefüllt und fristgerecht (für geplante Eingriffe früh genug vor der Hospitalisation) an die zuständige Stelle des Wohnkantons des Patienten gesandt werden. Der Amtsarzt benötigt für seine Entscheidung die Diagnose(n) und die vorgesehenen Untersuchungen und Behandlungen. Bei Notfällen ist stets der Notfallort (Beginn der massgeblichen Symptome!) anzugeben. Eine kurze Begründung, wieso die ausserkantonale Hospitalisation notwendig (oder eben eine Wahl des Zusatzversicherten Patienten) war, erleichtert dem Kantonsarzt die Entscheidung.

3 Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 13. April 2006 (ATFA K 81/05).