



Die neue Spitalfinanzierung



Seit dem 1. Januar 2012 ist die neue Spitalfinanzierung in Kraft. Mit ihr wurde unter anderem das Fallpauschalen-System SwissDRG eingeführt. Zudem werden die privaten Spitäler den öffentlichen Spitälern bezüglich Finanzierung gleichgestellt. Weiter gilt die freie Spitalwahl ohne Zusatzversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger.

Was ändert mit der neuen Spitalfinanzierung?

Die Abgeltung der Spitäler durch die Krankenversicherer und die Kantone erfolgt neu pro Behandlungsfall. Im System SwissDRG werden jede Diagnose sowie die erforderliche Behandlung erfasst und einer sogenannten Fallgruppe zugeteilt. Jede Behandlung weist einen gewissen Schweregrad aus, der pro Fallgruppe festgelegt ist. Die Krankenversicherer und die Spitäler verhandeln pro Jahr einen Basispreis, die sogenannte Baserate. Dieser wird mit dem Schweregrad multipliziert. Das Spital erhält so pro Behandlung die entsprechende Vergütung.

Die Übernahme der vollen Kosten einer Behandlung hängt davon ab, ob ein Spital mit der betreffenden Leistung auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons figuriert. Dies können bisherige öffentliche und private Spitäler wie auch inner- und ausserkantonale Spitäler sein. Ist dies der Fall, werden die von der Grundversicherung gedeckten Kosten für eine Behandlung in der Regel anteilmässig zwischen Krankenversicherer und Wohnsitzkanton übernommen.

Figuriert ein Spital nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons, werden die Kosten für den Aufenthalt nur teilweise übernommen.

Was ist das Ziel des Systemwechsels?

Mit dem neuen System werden nicht mehr die Spitäler als Institution finanziert, sondern deren effektive Leistungen am einzelnen Patienten abgegolten. Damit werden Leistungen und Preise von Spitalbehandlungen transparent und vergleichbar. Patientinnen und Patienten können in Zukunft wissen, welche Behandlungen in welcher Anzahl und zu welchem Preis in den Spitätern erbracht werden und können wählen, in welchem Spital sie behandelt werden möchten. Mit der neuen Spitalfinanzierung werden öffentliche und private Spitäler gleich finanziert. Somit soll der Wettbewerb zwischen den Spitätern gefördert werden. Ziel der neuen Spitalfinanzierung ist damit auch eine Reduktion der Gesamtkosten der Spitalbehandlungen, ohne dass dabei die Qualität der Behandlungen leidet.

In welchen Spitätern können sich Grundversicherte behandeln lassen? Welche Kosten werden von den Krankenversicherern und den Kantonen übernommen?

Grundversicherte können sich neu auch in irgendeinem ausserkantonalen Spital behandeln lassen. Die entstehenden Kosten werden jedoch nicht in jedem Fall vollumfänglich durch die Krankenversicherer und die Kantone gedeckt.

Jeder Kanton führt eine Spitalliste. Für Behandlungen in Spitätern auf der Spitalliste des Wohnkantons werden die gesamten Kosten des Spitalaufenthalts vom Kanton und den Krankenversicherern übernommen. Ist ein Spital nur auf der Spitalliste des Standortkantons, nicht jedoch auf jener des Wohnkantons aufgeführt, so gibt es folgende zwei Möglichkeiten:

- a) Das Spital befindet sich für die betreffende Behandlung auf der Spitalliste des Wohnkantons:
Die Krankenversicherer und der Kanton übernehmen zusammen die vollen Kosten der Behandlung.
- b) Das Spital figuriert für die betreffende Behandlung auf der Spitalliste des Standortkantons, nicht aber des Wohnkantons:

1. Fall: Medizinische Gründe

Die Behandlung in diesem Spital ist aus medizinischen Gründen zwingend in diesem Spital notwendig, da die gleiche Behandlung im Kantonsspital Nidwalden nicht durchgeführt werden kann. Der Wohnsitzkanton muss die medizinische Notwendigkeit bestätigen. Das entsprechende Ge-

such an den Wohnsitzkanton wird durch den einweisenden Arzt oder durch das betreffende Spital gestellt.

Der Krankenversicherer und der Wohnsitzkanton übernehmen die gesamten Kosten der Behandlung.

2. Fall: Keine medizinische Gründe

Die Behandlung in diesem Spital ist aus medizinischen Gründen nicht zwingend, da die Behandlung auch im Kantonsspital Nidwalden durchgeführt werden könnte.

Der Krankenversicherer und der Kanton übernehmen zusammen nur die Kosten, die bei der gleichen Behandlung im Kantonsspital Nidwalden angefallen wären. Die Differenz muss von der Zusatzversicherung oder den Patientinnen und Patienten selber getragen werden.

Was gilt bei Notfallsituationen?

Bei Notfallbehandlungen werden in jedem Spital die vollen unmittelbar notwendigen Behandlungskosten von den Krankenversicherern und dem Wohnkanton übernommen. Bei ausserkantonalen Notfallhospitalisationen muss der Wohnkanton jedoch die Notfallsituation nachträglich mittels Kostengutsprachegesuch bestätigen, welches vom einweisenden Arzt oder dem behandelnden Spital einzureichen ist.



Braucht es weiterhin die Zusatzversicherung, welche die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz deckt?

Die entsprechende Zusatzversicherung deckt Behandlungen auf der allgemeinen Abteilung in Spitälern, die nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons zu finden sind.

1. Fall: Spital figuriert auf der Spitalliste des Standortkantons

Figuriert das betreffende Spital auf der Spitalliste des Standortkantons, übernimmt die Zusatzversicherung die Differenz zwischen den effektiven Kosten der Behandlung und den Kosten, wie sie bei der gleichen Behandlung im Kantonsspital Nidwalden angefallen wären. Die Zusatzversicherung kommt daher in diesem Fall nur zum Zuge, wenn die effektiven Kosten der Behandlung höher sind als die Kosten für die gleiche Behandlung im Kantonsspital Nidwalden.

2. Fall: Spital ist auf keiner Spitalliste zu finden

Figuriert das betreffende Spital auch nicht auf der Spitalliste des Standortkantons, übernehmen die Krankenversicherer und die Kantone keine Kosten. Welche Kosten durch die Zusatzversicherung getragen werden, ist direkt mit der jeweiligen Versicherung zu klären.

Besteht die Gefahr, dass durch die Fallpauschalen die Qualität der Spitalbehandlungen verschlechtert wird?

Auch mit dem neuen Fallpauschalen-System können die Spitälern für die Patientinnen und Patienten weiterhin eine hochstehende Behandlungsqualität gewährleisten. Verschiedene Studien zu den DRG zeigen, dass die Abrechnung über Fallpauschalen keine negativen Auswirkungen auf die Behandlungsqualität hat.

Was wird unternommen, um eine gute Behandlungsqualität sicherzustellen?

Krankenversicherer und Spitälern müssen für die Einführung der Fallpauschalen ein Qualitätskonzept umsetzen. Sie haben den Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) damit beauftragt. Der ANQ misst die Ergebnisqualität der Spitälern schon heute. Der Vergleich dieser Resultate mit den Resultaten nach der Einführung der Fallpauschalen soll zeigen, wie sich die Behandlungsqualität verändert.

Die Spitälern selber werden wie bisher verschiedenste Massnahmen zur Qualitätssicherung umsetzen. Wichtig ist zum Beispiel die Verbesserung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthalts im Spital. Die Stiftung für Patientensicherheit ist in diesem Bereich national federführend und arbeitet mit den Spitälern zusammen, um die Sicherheitskultur im Spital zu fördern.

Wie kommen Patientinnen und Patienten zu Informationen über die Qualität eines Spitals?

Die meisten Spitäler erstellen Qualitätsberichte, in denen sie die Massnahmen zur Verbesserung der Qualität und verschiedene Kennzahlen aufführen. Diese Berichte können auf der Plattform [H+ qualité](#) aufgerufen werden. Zusätzlich führt der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) jedes Jahr Messungen über die Ergebnisqualität in den Spitälern durch. Die Messergebnisse werden auf www.anq.ch publiziert.

Ist bei der Zusammenarbeit zwischen Kanton, Versicherern und Spitälern der Schutz meiner persönlichen Daten gewährleistet?

Um kontrollieren zu können, ob eine behandelte Person vom Spital der richtigen Fallgruppe zugeordnet wurde, erhalten die Krankenversicherer neben den administrativen Daten voraussichtlich auch weitere Angaben über die Diagnosen und die erbrachten Leistungen. Die genauen Vorgaben werden noch vom Bundesrat festgelegt. Dem Datenschutz wird hier eine sehr grosse Bedeutung beigemessen. In jedem Fall werden medizinische Daten von den Spitälern nur verschlüsselt an die Krankenversicherer weitergegeben. Die Entschlüsselung dieser Daten wird ausschliesslich durch einen vertrauensärztlichen Dienst vorgenommen werden können.

