

Der Wunsch nach mehr Wettbewerb

Chancen und Risiken der ausserkantonalen Hospitalisation waren Thema des 4. Zentrumstags Luzern. Experten diskutierten die Frage, ob eine Öffnung der Kantons Grenzen den Wettbewerb im Gesundheitswesen fördern kann. Das würde den Leistungserbringern erlauben, sich als Kompetenzzentren zu profilieren und um Patienten aus anderen Kantonen zu konkurrieren.

Karin Diodà

Im Luzerner Hotel Schweizerhof trafen sich am 27. April 2006 rund 100 Fachleute, um sich über rechtliche, betriebswirtschaftliche und versicherungsrelevante Aspekte der ausserkantonalen Hospitalisation zu informieren. Organisator der Tagung war das Luzerner Zentrum für Sozialversicherungsrecht. Ausgangspunkt war die Überlegung, dass ausserkantonale Leistungseinkäufe dazu beitragen könnten, die derzeitige Situation zu verbessern. Wenn Leistungserbringer auch bei der Grundversicherung Patienten und Leistungsaufträge aus andern Kantonen gewinnen, könnte daraus eine Wettbewerbssituation entstehen. Dazu müssten jedoch die Kantone als Zuständige für das Spitalwesen das

Territorialprinzip aufgeben und vermehrt über die Kantons Grenzen hinaus kooperieren.

Förderung des Leistungsaustauschs und monistische Spitalfinanzierung

Die ausserkantonale Hospitalisation aus Sicht der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) erläuterte Michael Jordi. Er vertrat unter anderem die These, dass die Verselbstständigung der Spitäler und eine Konzentration der Spitalstandorte mittelfristig den Leistungsaustausch auch über die Kantons Grenzen hinweg förderten. Ausserdem werde verkannt, dass heute schon ein dichtes Netz an interkantonalen Verträgen und Abmachungen bestehen, welche die Behandlung ausserhalb der Kantone regeln.

Frank Stüssi, Referent des Sekretariats der Schweizerischen Wettbewerbskommission (Weko) war der Meinung, die Spitalplanung hemme den angestrebten Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Krankenversicherern. Als mögliche Lösung nannte er die Abschaffung des Territorialprinzips und eine monistische Spitalfinanzierung ohne Kontrahierungszwang. Bei dieser Finanzierungsart findet ein Übergang von der Objekt- zur Subjektfinanzierung statt. Gleichzeitig wird die Finanzierungsverantwortung auf jeweils einen Akteur auf der Nachfrageseite übertragen, sodass jedem Leistungsanbieter ein Kostenträger gegenübersteht. Die Frage, welcher Akteur die Rolle des Monisten übernimmt, hängt von der politisch gewünschten Organisationsform des Gesundheitswesens ab. Bei einem wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen kommen

dafür nur die Krankenversicherer sowie Managed-Care-Organisationen in Frage, zum Beispiel Ärztenetze oder integrierte Versorgungsketten mit eigener Rechtspersönlichkeit. Soll das Gesundheitswesen planwirtschaftlich gestaltet werden, etwa im Rahmen eines Globalbudgets, kommen Spitalregionen, die noch zu schaffen sind, oder der Bund für diese Rolle in Frage.

Wettbewerbsfreundliche Rahmenbedingungen

Als Herausforderung für die Zusatzversicherung betrachtete Thomas Mattig vom Schweizerischen Versicherungsverband die ausserkantonale Hospitalisation. Als Lösungsansätze für wettbewerbsfreundliche Rahmenbedingungen nannte Mattig einen klaren Systementscheid, neue Finanzierungsregeln sowie eine Aktivierung der Wettbewerbsparameter wie transparenter Qualitätswettbewerb und spürbare Preisunterschiede.

Eine Chance für Wettbewerb sah der Referent Stefan Güntensberger, wenn die beiden Hauptakteure im Leistungseinkauf, die Versicherer und die Kantone, zu einer Leistungsgemeinschaft zusammenfinden würden, der die Leistungserbringer ihre Offerten unterbreiten. Doch die derzeitigen Zulassungsbestimmungen und Restriktionen bei der Erteilung von Bewilligungen liessen einen freien Wettbewerb gar nicht zu, argumentierte Güntensberger, Vorsitzender der Geschäftsleitung Reha-Clinic Zurzach.

Traditionelle Rehabilitationsinstitute unter Druck

Im Bereich der Rehabilitation kritisierte Güntensberger die gegen-

wärtige Situation, bei der die Krankenversicherer die Kosten für Rehabilitation ins Visier genommen hätten und ihren Versicherten empfehlen würden, sich für Reha-Leistungen in subventionierte inländische oder grenznahe deutsche Kliniken zu begeben. Durch das aggressive Einkaufs- und Kostengutspracheverhalten gerieten die traditionellen Rehabilitationsinstitute in der Schweiz zunehmend unter Druck. Es würde suggeriert, dass im Ausland mit einem Drittel oder der Hälfte unserer Normen in der Schweiz dieselben Ergebnisse bei den Patienten erzielt werden könnten. Es sei nun an den Kliniken, über Forschungsergebnisse zu beweisen, dass die hohe Intensität und Individualisierung der Therapie in der Schweiz ebenso wirksam oder eben noch wirksamer sind als Gruppen- und Passivtherapien.

Im Dschungel des KVG

Gleich zwei Referenten der Tagung beleuchteten die ausserkantonale respektive ausländische Hospitalisation aus juristischer Sicht. Dabei wurde deutlich, dass Wettbewerb nur dort entstehen kann, wo die rechtliche Lage klar definiert ist. In der Schweiz stellt das KVG die rechtliche Grundlage dar, ein Gesetz, das auch Eingeweihten nicht immer verständlich ist, wie Beat Meyer, Richter am Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und nebenamtlicher Bundesrichter, erklärte.

In seinem Referat «Schranken und Freiräume von Art. 41 KVG» zeigte Meyer Ungereimtheiten auf und ging dabei ausführlich auf die Wahlfreiheit bei der Hospitalisation ein. In Art. 41 ist festgehalten, dass die Versicherten unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen können. Diese Wahlfreiheit würde im Prinzip auch ausserkantonale Behandlungen mit einbeziehen, doch tatsächlich sind die volle Wahlfreiheit und der volle Tarifschutz nur im Wohnkanton gewährleistet.

Lässt sich ein Versicherter in einem anderen Kanton stationär behandeln, werden die Kosten nur nach dem Tarif übernommen, der für den Wohnkanton gilt. Das bedeutet, die Patien-

ten müssen allfällige Tariffdifferenzen aus eigener Tasche bezahlen, und damit ist die Wahlfreiheit eingeschränkt. Eine solche Situation bietet laut Meyer rechtliche Handlungsspielräume, führe aber auch zu widersprüchlichen Umsetzungen in der Praxis und stelle eine beachtliche Hürde bei der Förderung der ausserkantonalen Hospitalisation dar.

Spitalbehandlungen im Ausland

Gestaltet sich schon die rechtliche Situation innerhalb der Landesgrenzen für den Laien als schwer verständlich, ist er mit der rechtlichen Situation der Hospitalisation im europäischen Ausland ziemlich überfordert. Silvia Bucher, Gerichtsschreiberin am Eidgenössischen Versicherungsgericht, hatte die schwierige Aufgabe, die ausserordentlich komplexe Materie des europäischen Rechts und dessen Bedeutungen für die Schweiz dem Publikum näher zu bringen. Beim europäischen Gemeinschaftsrecht gilt bei Fragen von Spitalbehandlungen im Ausland die so genannte Sachleistungsaushilfe, die unter gewissen Voraussetzungen wie medizinischer Notwendigkeit gewährleistet ist. Gleichzeitig braucht es für solche Behandlungen eine Genehmigungserfordernis, bei der wiederum die inländischen Rechtsvorschriften massgebend sind. Und schliesslich gilt es, bei einer Hospitalisation im Ausland zusätzlich das Freizügigkeitsabkommen und das EFTA-Übereinkommen zu berücksichtigen.

Die Referenten dieser Tagung haben, jeder aus seiner fachspezifischen Sicht, die Möglichkeiten und Hindernisse auf dem Weg zur Entwicklung von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ausgeleuchtet und ihre Vorstellungen präsentiert: Es braucht dazu eine klare gesetzliche Grundlage, die Abschaffung des Territorialitätsprinzips, eine monistische Spitalfinanzierung, die Aktivierung der Wettbewerbsparameter und einen Zusammenschluss der Versicherer und Kantone zu einer Leistungsgemeinschaft. Solche Ideen bieten Chancen, das Geflecht zwischen Regulierung und Markt zu lockern sowie gleichzeitig das Preis-

Leistungs-Verhältnis zu optimieren und die Qualität zu steigern. ■

Karin Diodà

Redaktion «Managed Care»

Eine Auswahl der Referenten:



Beat Meyer



Silvia Bucher



Stefan Güntensberger



Michael Jordi