



Das Luzerner Kantonsspital in Luzern spielt in der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle. Dank seiner Grösse und der damit verbundenen Zentrumsaufgaben bietet das Spital eine breite Palette von medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen auf hohem Qualitätsniveau an.

Spitalfinanzierung 2012

Ab 1. Januar 2012 treten die Änderungen des Ende 2007 revidierten KVG in Kraft. Diese betreffen zwei unterschiedliche Bereiche. Der eine betrifft das Verrechnungssystem. Hier soll neu auf der Basis von Fallpauschalen Rechnung gestellt werden können. Die Fallpauschale wird nach den Regeln von SwissDRG beim Spitalaustritt bestimmt. Die Spitäler erwarten hier eine feinere und somit fairere Verrechnung ihrer Leistungen. Der andere Bereich betrifft die Wettbewerbssituation. Dieser soll durch verschiedene Massnahmen bestärkt werden. Die wirkungsvollste Änderung ist dabei, dass die Spitäler künftig alle ihre Leistungen durch Verrechnung bei Versicherungen oder Patienten finanzieren müssen, wobei ein fixer Kostenteiler zwischen Staat und Versicherungen festgelegt wird. Das neue KVG bringt weiter auch Bestimmungen betreffend der von den Spitätern zu liefernden Daten an die Versicherungen und an den Bund oder der Verrechnung der Leistungen.

Bei so vielen Änderungen hat sich die Patientenstelle die Frage nach den Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung gestellt. In einem Interview

von Urs Thumm mit Dr. Guido Schüpfer, der sich mit Fallpauschalen-Systemen schon lange befasst, erhalten nun alle Leserinnen und Leser einen Einblick. Dr. Schüpfer vertritt dabei seine persönliche Meinung und nicht zwingend die Positionen der Organe des LUKS.

Ab 1. Januar 2012 gilt die neue Spitalfinanzierung? Was ändert sich für die Patienten, was ändert sich für die Bürger als Prämien- und Steuerzahler?

Mit der KVG-Reform wollen Parlament und Bundesrat mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Ab dem Jahr 2012 haben Patienten die freie Spitalwahl. Privatkliniken sind eingeschlossen. Unklar ist noch, welchen Betrag dann der Wohnortskanton an die ausserkantonale erbrachten Leistungen erbringt. Nicht unähnlich ist die Situation mit den Möglichkeiten, die sich heute aus der Versicherung «allgemein ganze Schweiz» ergeben. Eine solche Versicherung ist auch in Zukunft sinnvoll. Diese Patienten können in der Regel dank dieser Versicherung ohne finanzielle Folgen in jedem Spital liegen.

Fortsetzung auf Seite 2

Neue Spitalfinanzierung

Die Änderungen des kantonalen Spitalgesetzes sind verabschiedet. Der Luzerner Kantonsrat hat an der Septembersession der kantonalen Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung zugestimmt. Die grössten Änderungen sind Anpassungen an das Bundesrecht. Neu werden alle Spitäler nach demselben Schlüssel finanziert: durch eine Fallpauschale. Das heisst, ob öffentliches oder privates Spital, der Kanton übernimmt ab nächstem Jahr mindestens 55 % der Kosten und die Versicherer maximal 45 %. Dazu muss das Spital auf der kantonalen Spitalliste stehen und einen Leistungsauftrag haben. Zu dem werden neu gewisse Bedingungen festgeschrieben hinsichtlich Qualität, Datenlieferung, Notfalldienst, Aus- und Weiterbildung und Investitionsplanung.

Dennoch sind viele Fragen offen und werden wohl auch unbeantwortet bleiben. So müsste man Klarheit haben, welche Effekte die Einführung der Fallpauschalen auf die Krankenkassenprämien haben. Und wie wird sichergestellt, dass die Änderungen nicht auf Kosten der Patientinnen und Patienten und dem Spitalpersonal gemacht werden? Wie kann man eine angebotsdominierte, medizinisch nicht begründete Mengenausweitung verhindern? Werden der Datenschutz und ein sorgfältiger Umgang mit sensiblen Patientendaten gewährleistet?

Jene und viele weitere Unklarheiten sind nicht behoben. Trotzdem startet das Experiment «neue Spitalfinanzierung» am

1.1.2012. Wir werden die Einführung genau beobachten und uns engagiert für das Recht der Patienten einsetzen.



Katharina Meile

Im Dezember 2007 wurde die neue Spitalfinanzierung von den eidgenössischen Räten beschlossen, was ist seither geschehen?

Mit der neuen Spitalfinanzierung wurde auch gefordert, dass schweizweit nach einem einheitlichen Fallpauschalensystem abzurechnen sei. Dafür wurde das SwissDRG-System realisiert. Dieses System lehnt sich an das seit 10 Jahren verwendete GermanDRG-System (Fallgruppensystem) an und wurde nun helvetisiert. Für die Helvetisierungsvariante war das Luzerner Kantonsspital ein Pilotspital.

Fallpauschale – SwissDRG, zwei neue Begriffe, was steckt dahinter?

SwissDRG ist ein Fallpauschalensystem. Dabei werden Diagnosen und Prozeduren zu ökonomisch gleichwertigen Fallgruppen zusammengefasst. Für eine zusammengefasste Fallgruppe wird ein Fallgewicht definiert. Dieses Fallgewicht wird mit der Fallschwere der jeweiligen Fallgruppe (DRG) mit der Baserate multipliziert. Bei der Baserate (Einheitsfallpreis) verhandeln die Tarifpartner den Preis für einen Durchschnittsfall.

Kurz vor der Einführung geraten sich nahezu alle Beteiligten «in die Haare». Die Krankenversicherer reklamieren Mehrkosten, der Bund rügt die Kantone für die zögerliche Umsetzung, die Datenschützer sorgen sich um die Patientendaten und die Patientenvertretungen verlangen ein Moratorium. Woher stammt die Nervosität?

Mit der Einführung von Wettbewerb kommt es zu einer eigentlichen Kontinentalverschiebung im schweizerischen Gesundheitssystem. Das Fallpreispauschalensystem ist dafür nur eine der Voraussetzungen. Bis sich die neuen Spielregeln eingeschliffen haben, werden sich die Akteure noch in manchen Konfliktsituationen wiederfinden.

Meiner Ansicht nach fehlt es an einer differenziert ausgestalteten Wettbewerbsordnung. Viele Elemente, wie beispielsweise der Schutz der Privatsphäre (Datenschutz) oder die Abgeltung von Investitionen wurden vom Bundesgesetzgeber noch nicht abschliessend geregelt. Spitäler mit einem geringen Anteil an zusatzversicherten Patienten, aber einer Versorgungsverpflichtung, müssen mit den Pauschalen, die auch Investitions- und Amortisationskostenanteile beinhalten,



Dr. med. Guido Schüpfer, Co-Chefarzt und Stabchef Medizin, LUKS Luzern

auskommen. Kinderspitäler kennen kaum zusatzversicherte Patienten.

Kann das Kinderspital Luzern mit diesen finanziellen Rahmenbedingungen saniert werden?

Tatsächlich führt die neue, wenn auch unklare Wettbewerbsordnung, zu einer Benachteiligung der öffentlichen Spitäler. Öffentliche Spitäler, die einen grossen baulichen Nachholbedarf aufweisen, können den Investitionsbedarf finanziell wahrscheinlich nur bedingt tragen. Genau dies ist ein Streitpunkt zwischen dem Krankenkassenverband Santésuisse und dem Spitalverband H+. Die Fallpauschalen, so wird weiter kritisiert, sollen zu mehr Stress bei Patienten und Personal führen.

Was ist vorgesehen, dass sich dies nicht nachteilig für die Patienten und das Personal auswirkt?

In den Medien werden unnötige vorzeitige Spitalaustritte als Nebenwirkungen des DRG-Systems kolportiert. Ich persönlich glaube nicht daran. Vorzeitige Entlassungen sind weder im Interesse des Leistungserbringers noch des Patienten. Dieses immer wieder herbeigerufene Gespenst wurde in Deutschland auch nicht beobachtet. Tatsächlich führt ein DRG-System zu einer fokussierten, meistens Diagnose bezogenen Patientenbehandlung und

Durchschnittsmedizin. In den deutschen Spitälern wurde eine Leistungsverdichtung namentlich für das Pflegepersonal beobachtet. In der Anfangsphase kam es in Deutschland zu einem Abbau von Pflegepersonal. Inzwischen hat sich dies geändert, und es wird auch wieder Pflegepersonal eingestellt. Wenn ich das Luzerner Kantonsspital, bezogen auf seine durchschnittliche Aufenthaltsdauer, mit süddeutschen Spitälern mit ähnlichem Leistungsangebot vergleiche, so weist das Luzerner Kantonsspital auch ohne DRG eine vergleichbare Aufenthaltsdauer wie diese Spitäler auf. Ich erwarte, dass sich in den nächsten zwei bis drei Jahren die durchschnittliche Aufenthaltsdauer noch etwas verkürzt; dann dürfte der Boden gefunden sein. Viel wichtiger ist aber die Integration von Dienstleistungen im Rahmen eines Behandlungsfalls, d.h. eine enge Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und den nachgelagerten Einrichtungen wie beispielsweise einer Reha-Klinik. In diesem Zusammenhang darf die Behandlungskette im Bereich von neurologischen Krankheitsbildern zusammen mit der Neurorehab am Luzerner Kantonsspital als herausragendes Beispiel einer integrierten Versorgung erwähnt werden.

In Deutschland hat die Einführung des Fallpauschalensystems zum Abbau von

über 30 000 Pflegearbeitsplätzen geführt. Was geschieht bei uns?

Da die Spitäler sich alleine aus ihren Leistungen finanzieren müssen, rechnen sich Vorhalteleistungen nicht. Deswegen könnten Kapazitäten abgebaut werden, aber auch die Versorgungssicherheit in Frage gestellt werden. Persönlich glaube ich nicht, dass das DRG-System per se zu einem Abbau von Pflegepersonal führt. Aber die Arbeit der Pflege wird sich auch auf der Basis der neuen Bildungssysteme (Stichwort Bologna-Reform) ändern. Ich kann mir auch vorstellen, dass Pflegende die rarer werdende Ärzteschaft in vielen Teilfunktionen substituieren werden.

Was geschieht, wenn eine Behandlung durch Komplikationen verlängert wird und deutlich mehr Aufwand an Behandlungen und Aufenthalt nach sich zieht?

Das DRG-System bildet Komplikationen und Begleiterkrankungen mehr oder weniger treffend ab. Generell gilt aber, dass sich mangelnde Qualität für den Leistungserbringer nicht lohnt. Das DRG-System erfordert eine durchgehende Beherrschung der Behandlungsprozesse. Prozessbeherrschung führt in der Regel zu Flexibilität, besserer Qualität und letztlich auch zu tieferen Behandlungskosten.

Fallpauschalen wurden während der politischen Behandlung als Heilmittel für tiefere Gesundheitskosten gepriesen. Heute, Jahre nach dem Entscheid zur Einführung, behaupten die Krankenversicherer, dass der Systemwechsel Mehrkosten verursache. Wer hat nun Recht, was ist Ihre Prognose?

Ich glaube nicht, dass die Einführung des DRG-Systems die Expansion der Gesundheitskosten verhindert. Ich erwarte aber einen moderateren Anstieg. Aufgrund der Bürokratie, die ganz unschweizerisch von allen Akteuren im Rahmen der DRG-Einführung aufzubauen ist, entsteht aber ein neuer Kostentreiber ausserhalb der eigentlichen Patientenbehandlung.

Die Fallpauschalen nach SwissDRG beinhalten keine Kostenanteile für die Aus- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal. Ist heute bekannt, wie dies künftig finanziert wird?

Diese Finanzierung sollte über gemeinschaftliche Leistungen der Kantone erfolgen.

Nach welchen Kriterien soll ein Patient ab 2012 ein Spital als Leistungserbringer auswählen? Welche Rolle spielen hier die medizinischen Qualitätsindikatoren?

Ich rate, sich in ein akademisches Lehrspital zu begeben. An einem akademischen Lehrspital herrscht eine soziale Kontrolle unter den Leistungserbringern. Zudem sollte sich der Patient wenn möglich an zertifizierte Behandlungszentren wenden, welche ihre Behandlungen auch im Rahmen von wissenschaftlichen Studien überprüfen. So hat er Gewähr, nach modernsten wissenschaftlichen Standards behandelt zu werden. Diese Standards garantieren die Qualität der Indikationsstellung, der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisse. Am LUKS ist beispielsweise das Brustzentrum zertifiziert.

Sollen an die Fallpauschalen für die Privatkliniken Bedingungen für die Gewinnverwendung geknüpft werden oder müssen oder können die Prämien für die Zusatzversicherung gesenkt werden?

Persönlich erwarte ich ein Sinken der Prämien für die Zusatzversicherungen, wenn doch nun sämtliche Behandlungen auch an Privatkliniken vom Steuerzahler mit subventioniert werden. Die Frage der Gewinnverwendung ist eine gesellschaftspolitische und auch eine Frage nach dem ökonomischen Modell einer Gesellschaft. Ich persönlich bin überzeugt, dass die Aufwendungen von Prämien- und Steuergeldern entweder dem Steuerzahler bei Gewinnerwirtschaftung wieder zurückgegeben werden müssen oder aber im System für Verbesserungen zu verbleiben haben. Anders stellt sich die Situation dar, wenn auf die Staatsbeiträge verzichtet wird.

Stefan Kaufmann, Direktor Santésuisse sagt «dank Fallpauschalen werden nicht mehr Spitalkosten, sondern tatsächlich erbrachte Spitalleistungen durch Kantone und Krankenversicherer gemeinsam bezahlt». Worin besteht schlussendlich der Unterschied?

Die Spitäler müssen für ihre Leistungen ausreichende Erlöse erzielen, ansonsten sie Leistungen abbauen müssen.

Haben wir somit für das gleiche Ziel bloss unterschiedliche Wege? Lohnt sich das?

Die Idee hinter der Krankenversicherungsreform ist eine tiefgreifend marktwirt-

schaftliche Orientierung. Der Wettbewerb soll alles regeln. In der Vergangenheit haben wir aber gesehen, dass sowohl Privateigentum als auch Staatseigentum oder öffentliche Güter in ihrer Ausprägung versagt haben. Neben der Bildung und der Verkehrsinfrastruktur ist für mich der Gesellschaftsbereich Gesundheitsversorgung derart wichtig, dass ich nicht glaube, dass man diesen Sektor allein dem Wettbewerb überlassen kann. Rein wettbewerbliche Gesundheitssysteme haben erhebliche Versorgungslücken produziert und sind zudem extrem teurer als gelenkte Systeme. Es wird sich weisen, ob der eingeschlagene Weg für den gesellschaftlichen Zusammenhalt der richtige ist.

Die Einführung eines neuen Spitalfinanzierungssystems ist eine Investition. Wann dürfen die Patienten mit dem ROI (Return of Investment) rechnen?

Die neue Spitalfinanzierung soll den Wettbewerb unter den Spitälern bei den Aspekten Wirtschaftlichkeit und Qualität stärken. Zu hoffen bleibt, dass nicht ein Preiswettbewerb, sondern ein kombinierter Qualitäts-/Preiswettbewerb initialisiert wird. Schon jetzt ist zu beobachten, dass der Wettbewerb vor allem in den städtischen Ballungsräumen funktioniert. Für die Versorgungssicherheit ist der Wettbewerb nicht zuständig.

Wettbewerb setzt die Möglichkeit der Wahl eines Produktes oder einer Dienstleistung voraus. Das verlangt nach einem grösseren Angebot als die Nachfrage. Bisher galt im Gesundheitswesen, dass Überangebot sehr teuer ist. Wie schafft die neue Spitalfinanzierung den Spagat zwischen Wettbewerb und Überangebot?

Die Frage ist berechtigt. Ich sehe das Problem aber eher in der dauerhaften Garantie der Versorgungssicherheit für alle Bevölkerungsgruppen. Hier werden wohl die Kantone gefordert sein.

Vorgehen bei vermutetem Behandlungsfehler

Paula K. lässt sich bei einem Fusschirurgen einen Hallux entfernen. Beim Eingriff kommt es zu einer Nervenverletzung und eine damit verbundene Lähmung. Paula K. ist der Ansicht, die Lähmung beweise einen Behandlungsfehler. Gemäss Gesetz ist jedoch kein Operationserfolg geschuldet, sondern lediglich eine sorgfältige Behandlung. Folglich genügt der Hinweis auf die Lähmung für eine Haftung nicht. Paula K. muss beweisen, dass der Arzt unsorgfältig operiert hat. Kein leichtes Unterfangen.

Als erstes empfiehlt es sich, den Arzt auf den vermuteten Behandlungsfehler anzusprechen. Es besteht die Möglichkeit, dass der Arzt nach Rücksprache mit seiner Haftpflichtversicherung eine Sorgfaltspflichtverletzung bestätigt. In einem solchen Fall wird die Haftpflichtversicherung den Schaden übernehmen. Der Arzt kann jedoch auch der Ansicht sein, bei der Lähmung handle es sich um ein Operationsrisiko, für welches er nicht hafte. Als Folge erhält Paula K. ein Schreiben der Haftpflichtversicherung des Arztes, in welchem jegliche Haftung abgelehnt wird. Welche Möglichkeit hat nun Paula K.?

Sie kann versuchen, die Haftpflichtversicherung des Arztes davon zu überzeugen, dass die Operation von einem neutralen Gutachter zu beurteilen sei. Denkbar ist auch ein Gutachten bei der FMH. Für ein solches Gutachten wird von der FMH jedoch eine Pauschale verlangt, die vom Patienten zu bezahlen ist. Zudem sind die formellen und materiellen Eintretensansprüche sehr hoch. Weiter gilt bei einer gemeinsamen Begutachtung zu bedenken, dass immer mehr Haftpflichtversicherer eine Gutachterkostenverteilung nach Obsiegen verlangen. Dies bedeutet, dass die nicht unerheblichen Gutachterkosten bei einer Verneinung einer Sorgfalts-

pflichtverletzung vom Patienten zu bezahlen sind. Was aber, wenn der Arzt und seine Haftpflichtversicherung eine neutrale Abklärung verweigern? Bis Ende 2010 blieb den betroffenen Patienten einzig die Möglichkeit, den entstandenen Schaden bei Gericht in einem Hauptprozess einzuklagen. Bei einem solchen Prozess hat die Patientin die Gerichtskosten und die eigenen Anwaltskosten vorzuschliessen und beim Unterliegen diese Kosten und die gegnerischen Anwaltskosten zu tragen. Bei einem mutmasslichen Schaden von 120 000 Franken betragen die Prozesskosten gut und gerne 30 000 Franken. Neu lässt sich dieses Prozessrisiko mit der sogenannten vorsorglichen Beweisführung vermeiden.

Die Patientin kann beim Gericht die Anordnung eines Gutachtens zur Abklärung der Schadensursache beantragen. Das Gutachten kann dann in einem nachfolgenden Hauptprozess als Beweismittel eingebracht werden. Bestätigt der Gutachter die Sorgfaltspflichtverletzung sind die Prozesschancen in einem Hauptprozess gross. Oft kommt es dann auch zu einer aussergerichtlichen Einigung. Aber auch die vorsorgliche Beweisabnahme ist mit Kosten verbunden. Die Gerichts- und Parteikosten sind zwar tiefer. Sie müssen jedoch auch von der Patientin vorgeschossen werden.

Vor dem Beizug eines kostenpflichtigen Anwaltes steht den Betroffenen die Patientenstelle Zentralschweiz zur Verfügung, die eine aussergerichtliche Regelung mit dem Arzt und seiner Haftpflichtversicherung zu erreichen versucht und bei Scheitern über das mögliche weitere Vorgehen informieren kann.

*Alex Beeler, Rechtsanwalt,
Fachanwalt SAV
Haftpflicht- und Versicherungsrecht*

Wahlen 2011

Geben Sie Ihre Stimme unseren beiden Vorstandsmitgliedern.

Sie setzen sich ein in der Gesundheitspolitik und Patientenfragen.

Katharina Meile
in den Ständerat, Liste 5

Urs Thumm
in den Nationalrat, Liste 4

Jede Stimme zählt!
Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Impressum

Patientenstelle Zentralschweiz
St. Karliquai 12
6000 Luzern 5
Telefon 041 410 10 14
Fax 041 410 13 28
www.patientenstelle.ch/zentralschweiz
patientenstelle.luzern@bluewin.ch
PC 60-5854-9

Layout und Gestaltung:
Christof Unternährer, Hochdorf

Druck:
Victor Hotz AG, Steinhausen

