

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<sup>a</sup>,  
Chung-Yol Lee<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr. med. Facharzt für Rechtsmedizin, Kantonsarzt Stv.

<sup>b</sup> 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.

<sup>\*</sup> Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Folgenden nur noch das männliche Geschlecht verwendet. Frauen sind ebenfalls gemeint.

<sup>1</sup> 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](http://www.gdk-cds.ch/fr/gesoek/vollzugkvg/ausserkanthosp/emaub08_revision_21082003-f.pdf)

<sup>2</sup> 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 folgeschweren 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 Wohnsitzkanton 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](http://www.gdk-cds.ch), unter Themen-Tariff Fragen-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).

## Ausserkantonale Hospitalisationen Teil II [1]

# Für Patienten steht viel auf dem Spiel – auch nach dem 1. Januar 2012

Mit Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in Bezug auf die Finanzierung ausserkantonalen Spitalbehandlungen dürfte es in der Anlaufphase zu erheblichen Schwierigkeiten kommen. Die verbreitete Meinung, welche Kantons-grenzen seien gefallen, wird voraussichtlich zu Spitaleinweisungen führen, welche die Voraussetzungen für eine volle Kostendeckung durch die Obligatorische Kranken-pflegeversicherung (OKP) und Kantone nicht erfüllen. Der folgende Artikel gibt Hinweise und Empfehlungen\*, um Probleme dieser Art zu vermeiden.

Thomas Plattner<sup>a</sup>,  
Magdalena Wicki Martin<sup>b</sup>,  
Robert Gmür<sup>c</sup>,  
Chung-Yol Lee<sup>d</sup>

- a Dr. med., Facharzt für Rechtsmedizin, Kantonsarzt StV, Freiburg  
b wissenschaftliche Mitarbeiterin, Gesundheitsamt des Kantons Freiburg  
c juristischer Berater, Gesundheitsamt des Kantons Freiburg  
d Dr. med, Facharzt Innere Medizin, Kantonsarzt Freiburg

\* siehe dazu insbesondere den Absatz «Schlussfolgerungen und Empfehlungen» am Ende des Artikels.

Korrespondenz:  
Thomas Plattner  
Kantonsarztamt  
Chemin des Pensionnats 1  
CH-1700 Freiburg  
Tel. 026 305 79 80  
thomas.plattner@fr.ch

## Einleitung

Nebst Einführung eines einheitlichen Tarifsystems verfolgt die aktuelle KVG-Revision im Bezug auf die Spitalfinanzierung das Ziel, die freie Spitalwahl für alle Einwohner des Landes zu gewährleisten. So wurde die Unterscheidung von öffentlichen Kliniken und Privatspitälern im Hinblick auf die Finanzierung abgeschafft, und die Beitragspflicht der obligatorischen Krankenversicherung und der Kantone auf alle Spitäler ausgeweitet, die sich auf einer kantonalen Liste befinden.

Dass sich diese Beitragspflicht der Kantone in gewissen Situationen auf den innerkantonalen Referenztarif beschränkt, ist aufgrund unserer Erfahrung bei Ärzten [2] und Patienten weitgehend unbekannt. Diese Bestimmung kann aber dazu führen, dass eine allenfalls entstehende Kostendifferenz zulasten des Patienten oder seiner Zusatzversicherung fällt, was uns umso problematischer erscheint, als unter Versicherten und Gesundheitsfachleuten zurzeit gleichermassen die Meinung vorherrscht, die Kantons-grenzen seien im Hinblick auf die Spitalfinanzierung gefallen, und man könne sich nun ohne Einschränkungen, ohne Zusatzversicherung und ohne Kostengutsprache des Wohnkantons in der ganzen Schweiz behandeln lassen.

Es wird demnach künftig umso wichtiger sein, dass die Ärzte in Spital und Praxis die Bedingungen für die Kostenbeteiligung der Kantone bei stationären Behandlungen kennen und ihre Patienten entsprechend beraten können. Wir möchten deshalb die neuen Spielregeln, so wie wir diese zum jetzigen Zeitpunkt interpretieren, im Folgenden kurz ausführen und den Ärzten praktische Hinweise geben.

## Gesetzliche Grundlagen und administrative Abläufe

Gem. Art. 39 KVG sind für Leistungen aus der Grundversicherung all jene Spitäler zugelassen, welche sich auf einer kantonalen Spitalliste befinden (Listenspitäler) oder die einen eigenen Vertrag mit den Versicherten haben (Vertragsspitäler), und dies unabhängig davon, ob es sich um eine private Trägerschaft handelt oder nicht.

Die Kantone führen künftig eine Liste, welche alle Leistungserbringer im stationären Bereich aufführt, die sie im Rahmen der Spitalplanung für die medizinische Versorgung der Kantonsbevölkerung als notwendig erachten. Grundsätzlich steht dem Kanton frei, welche Leistungserbringer er auf diese Liste nimmt. Es darf aber davon ausgegangen werden, dass ausserkantonale Spitäler bzw. bestimmte Abteilungen oder auch nur bestimmte Leistungen nur dann auf die Liste kommen, wenn sie einem Bedarf entsprechen, der durch das innerkantonale Angebot nicht abgedeckt wird. In diesen Spitälern wird der Kanton unabhängig vom Standortkanton des Spitals mindestens 55% der stationären Behandlungskosten tragen. Die übrigen Kosten werden von der Grundversicherung gem. KVG übernommen.

Bis anhin war bei ausserkantonalen Spitalaufenthalten immer eine kantonale Kostengutsprache Voraussetzung, damit der Kanton einen Beitrag leistet. Ab 2012 wird es so sein, dass Patienten innerhalb der Spitalliste ihres Wohnkantons frei wählen können, und eine Kostengutsprache nicht mehr notwendig sein wird. Dies gilt aber wie gesagt nur für Spitäler, die auf der Liste des Wohnkantons stehen. Steht ein Spital hingegen nur auf der Liste des Standortkan-

**Tabelle 1**  
Finanzierungsmodalitäten.

Art. KVG (neu)	Spital	Kantonale Kostengutsprache		Kostenaufteilung
		Notfall*	Geplanter Eingriff	
41.1 bis	Spital auf der Liste des Wohnkantons	Nicht notwendig	Nicht notwendig	OKP + Wohnkanton
41.1. bis/ 41.3	Spital auf der Liste des Standortkantons	Je nach Kanton, aber generell empfohlen	Notwendig	Notfall/Kostengutsprache bewilligt: OKP + Wohnkanton
				Kein Notfall/Kostengutsprache abgelehnt: OKP + Wohnkanton (maximal gem. Referenztarif Wohnkanton) + Zusatzversicherung oder Patient
49 a Abs. 3	Spital auf der Liste eines Drittkantons**	Notwendig	Keine Kostengutsprache durch den Kanton	Notfall/Kostengutsprache bewilligt: OKP + Wohnkanton  Kein Notfall/Kostengutsprache abgelehnt: OKP + Zusatzversicherung oder Patient
49 a Abs. 3	Vertragsspital***	Notwendig	Keine Kostengutsprache durch den Kanton	Notfall/Kostengutsprache bewilligt: OKP + Kanton  Kein Notfall/Kostengutsprache abgelehnt: OKP + Zusatzversicherung oder Patient

OKP: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

\* Behandlung muss unverzüglich erfolgen, und die Verlegung/Einweisung in ein Spital auf der Liste des zivilrechtlichen Wohnsitzkantons ist medizinisch nicht vertretbar.

\*\* Kliniken, die sich weder auf der Liste des Wohnsitzkantons noch auf jener des Standortkantons, aber auf einer Liste eines Drittkantons befinden (z. B. Rehabilitationskliniken, deren Trägerschaft sich ausserhalb des Standortkantons befindet).

\*\*\* Spital, welches mit einem oder mehreren Versicherern Verträge hat, aber auf keiner kantonalen Liste steht.

tons oder jener eines Drittkantons, oder handelt es sich um ein sog. «Vertragsspital» (Definitionen s. Tabelle), dann ist wie heute eine Kostengutsprache des Kantons notwendig, damit dieser seinen vollen Anteil an den Behandlungskosten trägt. Liegt keine solche Kostengutsprache vor, dann muss gem. KVG Art. 41bis der Wohnkanton nur jenen Anteil zahlen, der dem innerkantonalen Referenztarif entspricht (mit Ausnahme von Vertragsspitalen, wo der Kanton sich nicht an geplanten Eingriffen beteiligt). Der Rest müsste dann entweder von einer Zusatzversicherung oder aber vom Patienten selber bezahlt werden (s. Tabelle).

Da trotz einheitlichem Tarifsysteem auch in Zukunft zu erwarten ist, dass die Tarife von Kanton zu Kanton stark variieren, ist nicht auszuschliessen, dass für Patienten erhebliche Folgekosten entstehen, wenn eine Behandlung erfolgt, obwohl die Kostengutsprache nicht erteilt wurde. Besonders im Nachteil wären dann Bewohner von Kantonen, in denen niedrigere Tarife gelten als in den Nachbarkantonen.

Die Kostengutsprache wird wie bis anhin dann erteilt, wenn ein medizinischer Grund vorliegt. Unter medizinischen Gründen sind Notfälle sowie medizinische Leistungen zu verstehen, die im Wohnkanton nicht angeboten werden. Auch künftig wird ein Amtsarzt des Wohnkantons, in der Regel der Kantonsarzt, entscheiden, ob diese Bedingungen erfüllt

sind und die Kostengutsprache entsprechend erteilen.

Laut Gesetzestext wäre eine kantonale Kostengutsprache bei Notfällen theoretisch nicht mehr notwendig. Allerdings präzisiert der Gesetzgeber auch im revidierten KVG nicht, was unter einem Notfall zu verstehen ist. Gemäss Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts [3] liegt ein Notfall im Sinne des Gesetzes sinngemäss nur dann vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital der Spitalliste des zivilrechtlichen Wohnsitzkantons zu transportieren.

Was ein Notfall ist und was nicht, ist somit Interpretationssache. Da der Notfallbegriff nicht selten «missbraucht» wird, um nicht gerechtfertigte Ansprüche auf eine kantonale Kostenbeteiligung geltend zu machen, ohne dass es sich wirklich um eine dringliche Behandlung im oben erwähnten Sinne gehandelt hätte, werden sich die Kantone auch künftig das Recht vorbehalten, den Notfallcharakter bei als Notfällen deklarierten Behandlungen zu überprüfen, und die Forderungen gegebenenfalls zurückweisen. Die meisten Kantone werden deshalb auch bei Notfällen auf der Einreichung eines Kostengutsprache gesuchs bestehen. Konkret bedeutet dies, dass sich ein Patient, der keine Zusatzversicherung für Behandlungen in der ganzen Schweiz hat, auch bei Notfällen in einer Klinik auf der Liste seines Wohnsitzkantons be-

handeln lassen muss, sofern die erforderliche Behandlung dort verfügbar ist und wenn keine sofortige und dringliche Behandlung im nächstgelegenen Spital erfolgen muss, um einen Schaden abzuwenden. Dasselbe gilt für den Fall einer ambulanten Behandlung, die infolge von Komplikationen zu einer stationären Behandlung führt. Nimmt der Patient eine ambulante Behandlung in einem Spital in Anspruch, das nicht auf der Liste des Wohnkantons steht, und dies, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit dafür besteht (die Behandlung hätte auch in einem Spital auf der Liste des Wohnkantons durchgeführt werden können), kann er im Falle einer Komplikation keinen Notfall geltend machen und damit nicht den vollen kantonalen Beitrag in Anspruch nehmen [4].

Die tabellarische Darstellung auf S. 1586 soll eine Übersicht über die verschiedenen Varianten geben. Da sie den derzeitigen Wissensstand darstellt, erheben wir allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

#### **Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Ärzte**

Wir glauben, dass es mit Inkrafttreten des neuen KVG im Bezug auf die Finanzierung ausserkantonalen Spitalbehandlungen vor allem in der Anlaufphase zu erheblichen Problemen kommen wird. Die weit verbreitete Meinung, die Kantonsgrenzen seien gefallen, wird zu Spitaleinweisungen führen, die die Voraussetzungen für eine volle Kostendeckung durch OKP und Kantone nicht erfüllen.

Um Probleme zu vermeiden, müssten die Versicherten, die letztlich die Verantwortung für die Spitalwahl und deren Konsequenzen selber tragen müssen, nebst genauer Kenntnis der interpretationsbedürftigen Notfalldefinition und des medizinischen Angebots des Wohnkantons auch noch dessen Spitalliste kennen. Dies kann unserer Ansicht nach den Patienten nicht zugemutet werden, womit der Beratung des Arztes grosse Bedeutung zukommt. Indem die folgenden Hinweise und Empfehlungen beachtet

werden, sollten unserer Ansicht nach Probleme weitgehend zu vermeiden sein:

- Weisen Sie Patienten grundsätzlich immer in ein Spital ein, welches sich auf der Liste des Wohnkantons befindet. Es sei denn:
  - Die Einweisung in ein Spital ausserhalb der Liste des Wohnkantons ist medizinisch notwendig (Notfall und/oder medizinische Leistung ist in einem Spital auf der Liste des Wohnkantons nicht verfügbar, s. Negativliste des zivilrechtlichen Wohnsitzkantons, im Zweifelsfall beim Referenzspital des Wohnsitzkantons nachfragen).
  - Der Patient ist zusatzversichert und wünscht eine Einweisung in ein Spital ausserhalb der Liste des Wohnkantons.
- Überprüfen Sie die Notfallindikation. Ein Notfall liegt nur dann vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes zu transportieren.
- Stellen Sie für Einweisungen in Spitäler ausserhalb der Liste des Wohnkantons auch bei Notfällen immer eine Kostengutsprache an den Kanton, auch bei zusatzversicherten Patienten. Für Wahleingriffe muss das Gesuch früh genug (mindestens eine Woche vor Einweisung) gestellt werden. Füllen Sie dieses vollständig und leserlich aus! Unleserliche oder unvollständige Gesuche werden zurückgewiesen.

#### **Literatur**

- 1 Teil I: Plattner T, Lee CY. Ausserkantonale Hospitalisationen – für Patienten steht viel auf dem Spiel. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(41):1588–9.
- 2 Der besseren Lesbarkeit halber wird in diesem Artikel nur die männliche Form verwendet.
- 3 Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. Oktober 2002 (AFTA K 128/01).
- 4 Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 13. April 2006 (AFTA K 81/05).

