



## NASUKO 2007 – WORKSHOP 09 – KOSTEN SUBSTITUTIONSPATIENT

Im ersten Teil des Workshops hatten die Teilnehmer die Aufgabe, die Kosten eines fiktiven Substitutionspatienten (HeGeBe) aufzuteilen und zu entscheiden, welche Kosten zulasten der Krankenversicherung gehen. Beim Abgleich der Lösungen und bei der Diskussion zeigte sich, dass dabei nicht die Frage nach dem „Wünschenswerten“ sondern nach dem „Dürfen“ entscheidend ist: Was darf die Krankenversicherung aufgrund der gesetzlichen Grundlagen finanzieren? Diese gesetzlichen Grundlagen wurden anschliessend erläutert. Im Falle der HeGeBe ist – gestützt auf Artikel 33 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) - im Anhang 1 der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV, Ziffer 8) genau festgelegt, was im Rahmen der Substitutionsbehandlung unter die Leistungspflicht der Krankenversicherung fällt.

Im zweiten Block sollte auf der Basis dieser Kostenaufteilung ein Tarif verhandelt werden. Auch hier sind zunächst wieder gesetzliche Grundlagen im Krankenversicherungsgesetz zu beachten. Mit einem ganzen Paket von gesetzlichen Rahmenbedingungen konnten sich die TeilnehmerInnen dann in konkreten Verhandlungen üben. Die Forderungen der „HeGeBe-Zentren“ bewegten sich dabei zwischen CHF 620 und 1400 pro Woche und HeGeBe-Patient, die Angebot der „Krankenversicherer“ zwischen CHF 250 und 800. Viel wichtiger als die konkreten Verhandlungen waren aber die richtigen und wichtigen Fragen, die von den „Verhandlungsdelegationen“ aufgeworfen wurden: Auf welcher Grundlage basiert Ihr Angebot? Welche Leistungen sind in der Pauschale inbegriffen, welche nicht? Gibt es Vergleichszahlen? Legen Sie uns bitte Ihre Betriebsrechnung offen etc.

Auch im „wirklichen Leben“ stellen sich diese Fragen. Im Vordergrund stehen zwei Berechnungsarten: Die durchschnittlichen Einzelkosten pro Patient können zu einer Pauschale kumuliert werden. Umgekehrt können die Betriebsrechnungen der HeGeBe-Zentren mittels Verteilschlüssel (z. B. auf Basis Studie A. Frei) auf eine Pauschale je behandelten Patienten rückgerechnet werden. Die nach diesen Möglichkeiten ermittelten Pauschalen müssen noch mit den bereits bestehenden Pauschalen anderer Zentren in Vergleich gebracht werden (Benchmark). Nur die effektiven Behandlungskosten sollen und dürfen übernommen werden, die Finanzierung unwirtschaftlicher Strukturkosten ist nicht Aufgabe der Krankenversicherung. Bezüglich der Frage, was sinnvollerweise in eine Pauschale eingerechnet wird, hilft folgende Faustregel weiter: Ist eine Mehrheit der HeGeBe-Patienten von einer bestimmten Behandlungsmassnahme betroffen, soll diese in die Pauschale eingerechnet werden. Oder umgekehrt: Je kleiner der Anteil der betroffenen HeGeBe-Patienten und je höher/ausserordentlicher die Kosten der fraglichen Behandlung (z. B. medikamentöse HIV-Behandlung), je mehr spricht für eine Verrechnung nach Einzelleistungen ausserhalb der Pauschalierung.

Nochmals herzlichen Dank allen TeilnehmerInnen unseres Workshops für die engagierte und aktive Teilnahme und für das Interesse.

Christoph Engel / Jonathan Städeli, Visana Services AG