

Name und Vorname des Patienten : _____

Datum : _____

Ambulant vor stationär

Medizinische Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen können (gültig ab 01.01.2020)

Kategorie	Eingriff	1. Augen		2. Bewegungsapparat				3. Kardiologie		4. Gefässe		5. Chirurgie			6. Gynäkologie		7. Urologie	8. HNO							
		1.1 Katarakt	2.1 Handchirurgie	2.2 Furchung (inkl. Talus valgus)	2.3 OSME	2.4 Kniearthroskopien* (inkl. Eingriffe am Meniskus)	3.1 PTCA	3.2 Herzschrittmacher (inkl. Wechsel)	4.1 Varizen der unteren Extremität	4.2 PTA (inkl. Baskulaktion)	5.1 Hämorrhoiden*	5.2 Inguinalhernien* (inkl. Eingriffe bei Rezidiven)	5.3 Zirkumzision	6.1 Eingriffe an der Zervix*	6.2 Eingriffe am Uterus*	7.1 ESWL	8.1 Tonsillotomie und Adenoidotomie*								
Alter (Geburtsjahr)	unter 18 über 75			C1	D1	≤3	E1	F1	G1	≤3	H1	I1	≤3	J1	≤3	K1	≤3	L1	≤3	M1	≤3	N1	O1	≤3	P1
Fehlbildungen	Angeborene Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem					E2							J2		K2		M2								P2
Kardiale Erkrankungen	Herzinsuffizienz NYHA >II	A3	B3	C3	D3	E3		EF < 40% und NYHA >II	F3	G3	H3	I3	J3	K3	L3	M3	N3	O3	P3						
	Schwer einstellbare arterielle Hypertonie**	A4	B4	C4	D4	E4			F4	G4	H4	I4	J4	K4	L4	M4	N4	O4	P4						
Pulmonale Erkrankungen (mit bei Allgemeinanästhesie)	OSAS mit AHI ≥ 15 und zuhause kein CPAP möglich	A5	B5	C5	D5	E5			F5	G5	H5	I5	J5	K5	L5	M5	N5	O5	P5						
	COPD > GOLD II	A6	B6	C6	D6	E6			F6	G6	H6	I6	J6	K6	L6	M6	N6	O6	P6						
	Asthma instabil oder exazerbiert	A7	B7	C7	D7	E7			F7	G7	H7	I7	J7	K7	L7	M7	N7	O7	P7						
Gerinnungsstörungen	Langzeitsauerstofftherapie					E8			F8	G8	H8	I8	J8	K8	L8	M8	N8	O8	P8						
	Koagulopathien und sonstige hämorrhagische Diathesen	A9	B9	C9	D9	E9		F9	G9	H9	I9	J9	K9	L9	M9	N9	O9	P9							
Blutverdünnung	Therapeutische Antikoagulation		B10	C10	D10	E10		F10	G10	H10		Therapeutische Antikoagulation mit OAK, NOAK, Voll-Liqueminiert (kumulativ)	I10	J10	K10	L10	M10	N10	O10	P10					
	Duale Tc-Aggregationshemmung		B11	C11	D11	E11		Trippeltherapie	F11	G11	H11	Trippeltherapie	I11	J11	K11	L11	M11	N11	O11	P11					
Neurologische Erkrankungen	Demenz MMS ≤ 26, Uhrentest ≤ 5	A12	B12	C12	D12			F12	G12			I12		L12					O12						
Metabolische Erkrankungen	Diabetes Mellitus schwer einstellbar, instabil***	A13	B13	C13	D13	E13		F13	G13	H13	I13	J13	K13	L13	M13	N13	O13	P13							
	Adipositas BMI ≥ 40 bei Kindern: >97. Perzentil			C14	D14	E14		BMI >35	F14	G14	H14	BMI >35	I14	J14	K14	L14	M14	N14	BMI < 18,5 oder >30	O14	P14				
	Mangelernährung/Kachexie (BMI <17,5, bei Kindern <3. Perzentil)	A15	B15	C15	D15	E15	Erwachsene: BMI <17,5; bei Kindern: PYMS-Score ≤3 und Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern gemäss Kodierungs-handbuch	F15	G15	H15	Erwachsene: BMI <17,5; bei Kindern: PYMS-Score ≤3 und Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern gemäss Kodierungs-handbuch	I15	J15	K15	L15	M15	N15	O15	Erwachsene: BMI <17,5; bei Kindern: PYMS-Score ≤3 und Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern gemäss Kodierungs-handbuch	P15					
	Schwere Stoffwechselstörungen					E16			F16	G16	H16		J16	K16	L16	M16	N16	O16	P16						
Niereninsuffizienz	CKD >3 (Kreatinin-Clearance <30 ml/min)	A17	B17	C17	D17	E17		< 60 ml/min****	F17	< 60 ml/min****	G17	H17	< 60 ml/min****	I17	J17	K17	L17	M17	N17	O17	P17				
Kontrastmittel-Allergie	Nach der ersten Komplikation entfällt dieses Kriterium	A18	B18	C18	D18			F18	G18			H18		L18					O18						
Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, Drogen) mit Komplikationen					E19			F19	G19	H19		J19	K19	L19	M19	N19	O19	P19						
	Schwere instabile psychische Störungen, die die Therapietreue bei einer ambulanten Nachsorge verunmöglichen	A20	B20	C20	D20	E20		F20	G20	H20	I20	J20	K20	L20	M20	N20	O20	P20							
Soziale Faktoren	Kontaktperson nicht im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitlich vor Ort in den ersten postoperativen 24 Stunden	A21	B21	C21	D21	E21		Kontaktperson nicht im selben Haushalt	F21	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	G21	H21	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	I21	J21	K21	L21	M21	N21	O21	P21				
	Keine Transportmöglichkeit nach Hause post-OP oder zurück in ein Spital (inkl. Taxi)	A22	B22	C22	D22	E22		F22	G22	H22	I22	J22	K22	L22	M22	N22	O22	P22							
	Anfahrtszeit > 60 Min in ein Spital mit 24h Notfall und entsprechender Disziplin	A23	B23	C23	D23	E23		>30 Min	F23	>30 Min	G23	H23	>30 Min	I23	J23	K23	L23	M23	N23	O23	P23				
	Notwendigkeit für ständige Beaufsichtigung					E24			F24	G24	H24		J24	K24	L24	M24	N24	O24	P24						
Andere Gründe	Relevante Verständigungsprobleme mit Patient/in					E25			F25	G25	H25		J25	K25	L25	M25	N25	O25	P25						

* Diese Leistungsgruppen sind auf der Liste mit den ambulanten Leistungen des Departements des Innern (EDI) aufgeführt
 ** Unkontrollierte arterielle Hypertonie >160 mmHg systolisch
 *** Diabetes mellitus mit BZ kap. peripherativ >11,1 oder <3,6 mmol/L oder HbA1c >8%
 **** Eine dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz Stadium 5 begründet für sich keinen stationären Aufenthalt

Eingriffsspezifische Kriterien	Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge	
	B26	C26	D26	E26	F26	G26	H26	I26	J26	K26	L26	M26	N26	O26	P26					
	Drainage mit relevanter Fördermenge. Gestellte Lappenplastiken. OSME kombiniert an Radius und Ulna oder im proximalen Drittel des Arms. Rezidiv-CTS.	Drainage mit relevanter Fördermenge. Gestellte Lappenplastiken. OSME bei komplizierten Gelenkfrakturen (Talus, Calcaneus, Plion-Frakturen). ≥ 3 Hammerzehen-korrekturen auf 1 Seite in 1 Sitzung. Diabetischer Fuss mit Polyneuropathie.	Drainage mit relevanter Fördermenge. OSME im Bereich Scapula, Rippen, Sternum. OSME kombiniert an Radius und Ulna oder im proximalen Drittel des Arms. OSME bei komplizierten Gelenkfrakturen (Talus, Calcaneus, Plion-Frakturen) oder nach grossen Weichteil-rekonstruktionen. OSME von Marknägeln (nicht Spickdrähten).																	

Um die Anwendung des Konzepts "ambulant vor stationär" zu vereinfachen, wurden die oben aufgeführten medizinische Kriterien ausgearbeitet, mit welchen eine stationäre Behandlung anstelle einer ambulanten Behandlung begründet werden kann. Diese medizinischen Kriterien dienen als Hilfestellung und sind weder zwingend noch vollständig. Daher kann ein Patient auch noch ambulant behandelt werden, selbst wenn ein oder mehrere der aufgeführten Kriterien erfüllt sind. Andersrum kann ein Patient auch stationär behandelt werden, wenn keines der aufgeführten Kriterien erfüllt ist, insofern der Arzt die stationäre Behandlung begründen kann.

Muss ein Eingriff, welcher auf der Liste des Kantons aufgeführt ist, stationär durchgeführt werden, muss vorgängig beim Kanton eine Kostengutsprache eingeholt werden. Handelt es sich hierbei um medizinische Gründe, welche im Kriterienraster des Kantons aufgeführt sind (grün hinterlegt), muss der entsprechende Code im Kostengutsprachebuch (Rubrik F) notiert oder das betreffende Kriterium angekreuzt und mitsamt dem Kostengutsprachebuch übermittelt werden. Die Kostengutsprache wird ohne weitere Prüfung angenommen.

Sind jedoch Gründe für eine stationäre Leistungserbringung vorhanden, welche hier nicht explizit aufgeführt sind (andere Gründe, rot hinterlegt), muss der Arzt die stationäre Behandlung auf dem Kostengutsprachebuch begründen (Rubrik F). Diese Gründe werden vom Vertrauensarzt geprüft.