

Name und Vorname des Patienten : _____

Datum : _____

Ambulant vor stationär

Medizinische Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen können (gültig ab 01.01.2021)

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 Fieschirurgie (exkl. Hallux valgus)	2.3 OSME	2.4 Kniearthroskopien* (inkl. Eingriffe am Kreuzband)	3.1 PTCA	3.2 Herzschrittmacher (inkl. Wechsel)	4.1 Verletzungen der unteren Extremität*	4.2 PTA (inkl. Bifurkation)	5.1 Hämorrhoiden*	5.2 Inguinalhernien*	5.3 Zirkumzision	6.1 Eingriffe an der Zervix*	6.2 Eingriffe am Uterus*	7.1 ESWL	8.1 Tonsillotomie und Adenotomie*									
Alter (Geburtsdatum)				C1	D1	s3	E1	F1	G1	s3	H1	I1	s3	J1	s3	K1		s3	N1	s3	O1	s3	P1	Q1	s3	R1
Fehlbildungen	Angeborene Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem						E2				H2		J2		K2						O2		P2			R2
Kardiale Erkrankungen	Herzinsuffizienz NYHA >II Schwer einstellbare arterielle Hypertonie**	A3	B3	C3	D3	E3		EF < 40% und NYHA >II	F3	G3	H3	I3	J3		K3			N3		O3		P3		Q3		R3
Pulmonale Erkrankungen (nur bei Allgemeinanästhesie)	OSAS mit AHI ≥ 15 und zuhause kein CPAP möglich COPD > GOLD II Asthma instabil oder exazerbiert Langzeitsauerstofftherapie	A5	B5	C5	D5	E5			F5	G5	H5	I5	J5		K5			N5		O5		P5		Q5		R5
Gerinnungsstörungen	Koagulopathien und sonstige hämorrhagische Diathesen Therapeutische Antikoagulation	A9	B9	C9	D9	E9			F9	G9	H9	I9	J9		K9			N9		O9		P9		Q9		R9
Blutverdünnung	Duale Tc-Aggregationshemmung		B11	C11	D11	E11		Trippeltherapie	F11	G11	H11	I11	J11		K11			N11		O11		P11		Q11		R11
Neurologische Erkrankungen	Demenz MMS ≤ 26, Uhrentest ≤ 5	A12	B12	C12	D12				F12	G12		I12						N12						Q12		
Metabolische Erkrankungen	Diabetes Mellitus schwer einstellbar, instabil*** Adipositas BMI ≥ 40 bei Kindern: >97. Perzentil Mangelernährung/Kachexie (BMI <17.5, bei Kindern <3. Perzentil) Schwere Stoffwechselstörungen	A13	B13	C13	D13	E13			F13	G13	H13	I13	J13		K13			N13		O13		P13		Q13		R13
				C14	D14	E14		BMI >35	F14	G14	H14	I14	J14		K14			N14		O14		P14		BMI < 18.5 oder >30	Q14	R14
		A15	B15	C15	D15	E15		Erwachsene: BMI <17.5, bei Kindern: PYMS-Score ≥3 und Definition der Stadien der Mangelernährung bei Kindern gemäss Kodierungshandbuch	F15	G15	H15	I15	J15	K15				N15		O15		P15		Q15		R15
						E16					H16		J16		K16			N16		O16		P16				R16
Niereninsuffizienz	CKD >3 (Kreatinin-Clearance <30 ml/min)	A17	B17	C17	D17	E17		< 60 ml/min***	F17	< 60 ml/min***	G17	H17	I17	J17		K17		N17		O17		P17		Q17		R17
Kontrastmittel-Allergie	Nach der ersten Komplikation entfällt dieses Kriterium	A18	B18	C18	D18				F18	G18		H18						N18						Q18		
Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, Drogen) mit Komplikationen Schwere instabile psychische Störungen, die die Therapietreue bei einer ambulanten Nachsorge verunmöglichen	A19	B19	C19	D19	E19			F19	G19	H19	I19	J19		K19			N19		O19		P19		Q19		R19
Soziale Faktoren	Kontaktperson nicht im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten postoperativen 24 Stunden Keine Transportmöglichkeit nach Hause post-OP oder zurück in ein Spital (inkl. Taxi) Anfahrtszeit > 60 Min in ein Spital mit 24h Notfall und entsprechender Disziplin Notwendigkeit für ständige Beaufsichtigung Relevante Verständigungsprobleme mit Patient/in	A21	B21	C21	D21	E21		Kontaktperson nicht im selben Haushalt	F21	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	G21	H21	I21	J21	K21			N21		O21		P21		Q21		R21
		A22	B22	C22	D22	E22			F22	G22	H22	I22	J22	K22				N22		O22		P22		Q22		R22
		A23	B23	C23	D23	E23		>30 Min	F23	>30 Min	G23	H23	I23	J23	K23			N23		O23		P23		Q23		R23
						E24					H24		J24		K24			N24		O24		P24		Q24		R24
						E25					H25		J25		K25			N25		O25		P25		Q25		R25
Andere Gründe	Gibt es weitere Gründe für eine stationäre Behandlung, müssen diese auf dem Kostengutsprachebuch aufgeführt werden. Diese Gründe werden vom Vertrauensarzt geprüft.																									

* Diese Leistungsgruppen sind auf der Liste mit den ambulant zu erbringenden Leistungen des Departements des Innern (EDI) aufgeführt
 ** Unkontrollierte arterielle Hypertonie >160 mmHg systolisch
 *** Diabetes mellitus mit BZ kap. perioperativ >11.1 oder <3.6 mmol/L oder HbA1c >8%
 **** Eine dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz Stadium 5 begründet für sich keinen stationären Aufenthalt

Eingriffsspezifische Kriterien	B26	C26	D26	G26	I26	Q26
Drainage mit relevanter Fördermenge Gestielte Lappensplastiken OSME kombiniert an Radius und Ulna oder im proximalen Drittel des Arms. Revidiv-CTS.						
Drainage mit relevanter Fördermenge Gestielte Lappensplastiken OSME bei komplizierten Gelenkfrakturen (Talus, Calcaneus, Platan-Frakturen) ≥ 3 Hammerzehenkorrekturen 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, Platan-Frakturen) oder nach grossen Weichteil-rekonstruktionen. OSME von Marknägel (nicht Spicknägel)						
Drainage mit relevanter Fördermenge						
Beidseitige Intervention mit beidseitiger Punktion, Adrenaleingriffe und Eingriffe an hinteren Sehnen, St.n. Leistenringriff bei Punktion in der Leiste. Zugang mittels Schliesse >6F, Verschluss-rekanalisation, Endovaskuläre Fremdkörper-entfernung.						
Infektiole (Stein bei obstruierender Pyelo-nephritis oder bei redivivierenden positiven Urinkult mit gleichem Keim).						

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.