

Name und Vorname des Patienten : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

**Ambulant vor stationär**

Medizinische Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen können (gültig ab 01.01.2019)

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 Fusschirurgie (exkl. Hallux valgus)	2.3 OSME	2.4 Kniearthroskopien* (inkl. Eingriffe am Meniskus)	3.1 PTCA	3.2 Herzschrittmacher (inkl. Wechsell)	4.1 Varizen der unteren Extremität*	4.2 PTA (inkl. Ballondilatation)	5.1 Hämorrhoiden*	5.2 Inguinalhernien* (exkl. beidseitige Eingriffe und exkl. Eingriffe bei Rezidiven)	5.3 Zirkumzision	6.1 Eingriffe an der Zervix*	6.2 Eingriffe am Uterus*	7.1 ESWL	8.1 Tonsillotomie und Adenotomie*				
Alter (Geburtsjahr)	unter 16 über 75			C1	D1	E1	F1	G1	H1	I1	J1	≤3	K1	≤3	L1	M1	N1	O1	≤3	P1	
Fehlbildungen	Angeborene Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem					E2			H2		J2	K2				N2				P2	
Kardiale Erkrankungen	Links-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 (nur 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	Entgleiste Gerinnungsstörungen	A8	B8	C8	D8	E8		F8	G8	H8	I8	J8	K8	L8	M8	N8	O8			P8	
	Therapeutische Antikoagulation		B9	C9	D9	E9		F9	G9	H9	Therapeutische Antikoagulation mit OAK, NOAK, Voll-Liqueminiierung (kumulativ)	I9	J9	K9	L9	M9	N9	O9		P9	
Blutverdünnung	Duale Tc-Aggregationshemmung		B10	C10	D10	E10	Trippeltherapie	F10	G10	H10	Trippeltherapie	I10	J10	K10	L10	M10	N10	O10		P10	
Neurologische Erkrankungen	Demenz MMS ≤ 26, Uhrentest ≤ 5	A11	B11	C11	D11	E11		F11	G11		I11			L11				O11		P11	
Metabolische Erkrankungen	Diabetes Mellitus schwer einstellbar, instabil***	A12	B12	C12	D12	E12		F12	G12	H12	I12	J12	K12	L12	M12	N12	O12			P12	
	Adipositas BMI ≥ 40 bei Kindern: >97. Perzentil			C13	D13	E13	BMI >35	F13	G13	H13	BMI >35	I13	J13	K13		M13	N13	BMI < 18.5 oder >30	O13	P13	
	Mangelernährung/Kachexie (BMI <17.5, bei Kindern <3. Perzentil)	A14	B14	C14	D14	E14		F14	G14	H14	I14	J14	K14	L14	M14	N14	O14			P14	
	Schwere Stoffwechselfstörungen					E15				H15		J15	K15			N15				P15	
Niereninsuffizienz	CKD >3 (Kreatinin-Clearance <30 ml/min)	A16	B16	C16	D16	E16	< 60 ml/min	F16	< 60 ml/min	G16	H16	< 60 ml/min	I16	J16	K16	L16	M16	N16	O16	P16	
Psychisch	Suchterkrankung (Alkohol, Arzneimittel, Drogen) mit Komplikationen					E17				H17		J17	K17			N17				P17	
	Schwere instabile psychische Störungen, die die Therapietreue bei einer ambulanten Nachsorge verunmöglichen	A18	B18	C18	D18	E18		F18	G18	H18	I18	J18	K18	L18	M18	N18	O18			P18	
Soziale Faktoren	Kontaktperson nicht im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten postoperativen 24 Stunden	A19	B19	C19	D19	E19	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	F19	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	G19	H19	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	I19	J19	K19	L19	M19	N19	O19	P19	
	Keine Sportmöglichkeit nach Hause post-OP oder zurück in ein Spital (inkl. Taxi)	A20	B20	C20	D20	E20		F20	G20	H20	I20	J20	K20	L20	M20	N20	O20			P20	
	Anfahrtszeit > 60 Min in ein Spital mit 24h Notfall und entsprechender Disziplin	A21	B21	C21	D21	E21	>30 Min	F21	>30 Min	G21	H21	>30 Min	I21	J21	K21	L21	M21	N21	O21	>30 Min	P21
	Notwendigkeit für ständige Beaufsichtigung					E22					H22			J22	K22					P22	
Relevante Verständigungsprobleme mit Patient/in					E23					H23			J23	K23					P23		
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%

Eingriffsspezifische Kriterien	Drainage mit relevanter Fördermenge		Drainage mit relevanter Fördermenge, OSME bei komplizierten Gelenkfrakturen (Talus, Calcaneus, Pilon-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, Pilon-Frakturen) oder nach grossen Weichteil-rekonstruktionen, OSME von Marknägeln (nicht Spickdrähte)		Drainage mit relevanter Fördermenge		Beidseitige Intervention mit beidseitiger Punktion, Aorten-eingriffe und Eingriffe in viszerale Gefässen, St.n. Leistenringriff bei Punktion in der Leiste, Zugang mittels Schleuse >6F, Verschluss-rekanalisation, Endovaskuläre Fremdkörper-entfernung		Infektsteine (Stein bei obstruierender Pyelonephritis oder bei rezidivierenden positiven Urinkult mit gleichem Kern)	
	B24	C24	D24	G24	I24	O24						

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.