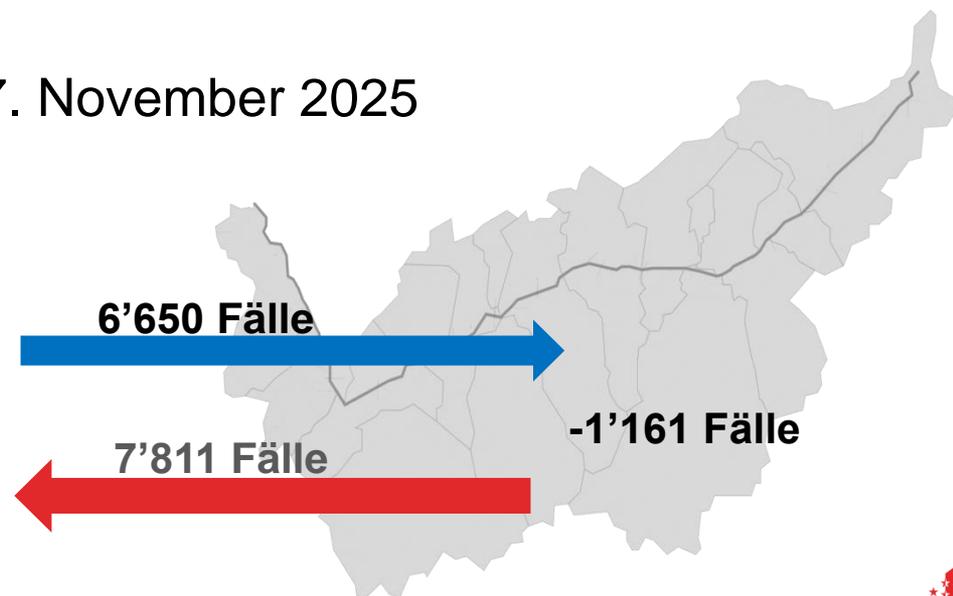


Ausserkantonale Hospitalisierungen

Cédric Dessimoz, Adjunkt des Kantonsarztes

Vademekum, 27. November 2025



Quellen: WGO-BFS, Zahlen 2023

Freie Spitalwahl

Seit 2012 gilt für Patienten die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz.

Ausserkantonale Hospitalisation durch freie Spitalwahl

Patient lässt sich ausserkantonale hospitalisieren, obschon die **Leistung im Wallis angeboten wird.**

Ausserkantonale Hospitalisation medizinisch begründet

Patient lässt sich ausserkantonale hospitalisieren, da die **Leistung im Wallis nicht angeboten wird** und/oder es sich um einen **Notfall** handelt.

Finanzierung der freien Spitalwahl

- ▲ Freie Spitalwahl bedeutet nicht, dass die Hospitalisationskosten automatisch und vollständig übernommen werden.
- ▲ Der Kanton und die Grundversicherung **finanzieren ausschliesslich** Hospitalisationen in den Spitälern und Kliniken, die
 - auf der Spitalliste des Wohnsitzkantons des Patienten oder
 - auf jener des Standortkantons des Spitals oder der Klinik aufgeführt sind,
 - und dies nur in Höhe des im Wohnsitzkanton des Patienten geltenden Referenztarifs.
- ▲ 55 % zulasten des Kantons
45 % zulasten der Krankenversicherung



Vorgehen für die Ärzte – 1

Der Arzt, dessen Patient ausserkantonale hospitalisiert werden soll,

- ▲ überprüft, ob das Spital oder die Klinik auf
 - der Spitalliste des Wohnsitzkantons des Patienten [Spitäler und Kliniken - - vs.ch](#) oder
 - auf jener des Standortkantons des Spitals oder der Klinik [GDK-UEbersicht_Spitallisten_Spitaltarife.pdf](#) aufgeführt ist;
- ▲ informiert den Patienten über die möglichen finanziellen Folgen einer ausserkantonalen Hospitalisation
 - Ohne Kostengutsprache: Kostenübernahme bis zur Höhe des im Wohnsitzkanton des Patienten geltenden Referenztarifs.



Vorgehen für die Ärzte – 2

Senden Sie die Anträge auf Kostengutsprache an :
vsmedecin-cantonal@hin.ch



CANTON DU VALAIS
KANTON WALLIS

VADEMECUM / Ausserkantonale Hospitalisationen / Ambulant vor Stationär

FR DE

Ausserkantonale Hospitalisationen / Ambulant vor Stationär

Für den Arzt

- Antrag Kostengutsprache für ausserkantonale Hospitalisationen
- Kundenportal eKoGu elektronische Bewerbung
- Link zu den kantonalen Spitallisten und Spitaltarife
- Zusammenfassung der verschiedenen Fälle

Für den Patienten

- Häufig gestellte Fragen über ausserkantonale Hospitalisation
- Information für den Patienten zum Entscheid über sein Gesuch um Kostengutsprache

Ambulant vor stationär

Dokument

- Präsentation - Ausserkantonale Hospitalisationen



Vorgehen für die Ärzte – 3

Elektronische Health Government Plattform eHGP <https://sid.ekogu.ch>

Zugriff via HIN-Client oder SwissID, Erstzugriff bei applications@abraxas.ch beantragen.

The screenshot displays the eHGP 6.1.1 web application interface. The browser address bar shows https://sid.ekogu.ch/KoguApp/Start.jsp?locale=fr_CH. The page title is "première demande GaP (nouveau)".

Message du système: eHGP 6.1.1 (17.07.2017 17:29)
Patch-Release 6.1.3 ist e...
Patch-Release 6.1.3 est...
Problem PDF av...
En raison d'une mises à...
Cela provoqué que eHGP...
Si vous êtes affecté par...
ou désactiver dans l'Inter...
Pour d'autres questions s...

Hinweis: Die Listen de...
Für den Zugriff wird ei...
können Sie sich über c...

Aktive Kantone
AI Appenzell-Innerrhode...
AR Appenzell-Ausserhod...
FR Fribourg (XML)
GL Glarus (XML)
GR Graubünden
JU Jura (XML)
SG St. Gallen (XML)
SH Schaffhausen
SZ Schwyz (XML)
TG Thurgau
TI Tessin
VD Vaud
VS Valais

eFaktura-Nutzer
Wer kann XML-Fakturen...

Patient
Nom: [] Prénom: [] Canton de résidence: []
Date de naissance: [] Sexe: masculin féminin
N° AVS: [] PatientID: []
Adresse: []
NPA: [] Lieu: [] Domicile légal: []
 Saisir patient Recherche patient Réinitialiser

Assurance
Assurance de base: Choisir svp... Choisir svp...
Assurance accidents: non compris dans les prestations
Assurance invalidité: non compris dans les prestations
Assurance militaire: non compris dans les prestations

Fournisseur de prestation
Hôpital de destination: Choisir svp...
Service/Unité de Soins: [] Numéro EAN: []
Médecin responsable: [] Tél.: []
 Est aussi requérant numéro du dossier: [] Fax: []

Médecin soumettant la demande
Hôpital: []

Buttons: Documents, Sauvegarder, Envoyer et Montrer, Interrompre

Vorgehen für die Ärzte – 4

- Der Arzt informiert den Patienten über den Entscheid zur Kostengutsprache
 - Gesuch zum Tarif des behandelnden Spitals akzeptiert
 - Gesuch zum Referenztarif des Kantons Wallis akzeptiert
 - Gesuch abgelehnt

**Information für den Patienten
zum Entscheid über sein Gesuch um Kostengutsprache**

Der Entscheid um Kostengutsprache wurde dem zuständigen Dienst am
übermittelt und lautet wie folgt:

a) **Gesuch zum Tarif des behandelnden Spitals akzeptiert**
Der Kanton und die Grundversicherung übernehmen die Kosten zum Tarif des behandelnden Spitals.

Finanzielle Folgen für den Patienten
Keine finanziellen Folgen (ausser Selbstbehalt gemäss KVG und Franchise).

b) **Gesuch zum Referenztarif des Kantons Wallis akzeptiert**
Der Kanton und die Grundversicherung übernehmen nur die Kosten in Höhe des Referenztarifs des Kantons Wallis.

Finanzielle Folgen für den Patienten
Die mögliche Differenz zwischen dem Referenztarif des Kantons Wallis und dem Tarif des behandelnden Spitals muss vom Patienten selber oder von seiner Zusatzversicherung übernommen werden¹.
Der Patient muss bei seiner Zusatzversicherung abklären, ob diese die mögliche Differenz übernimmt.

Begründungen
Die Untersuchung oder die Behandlung kann auch in einem auf der Spitalliste des Kantons Wallis aufgeführten Spital durchgeführt werden und es handelt sich nicht um einen Notfall.

c) **Gesuch abgelehnt**
Der Kanton und die Grundversicherung übernehmen die Behandlungskosten nicht.

Finanzielle Folgen für den Patienten
Der Patient oder seine Zusatzversicherung müssen die gesamten Behandlungskosten übernehmen¹.
Der Patient muss bei seiner Zusatzversicherung abklären, ob diese die Kosten übernimmt.

Begründungen

- Das behandelnde Spital ist weder auf der Spitalliste des Kantons Wallis noch auf der Spitalliste des Standortkantons aufgeführt.
- Der Wohnort des Patienten ist nicht im Wallis.
- Die Behandlung ist auch ambulant möglich.
- Der Fall fällt unter die Zuständigkeit der UV/IV/MV.
- Andere Gründe:

Der Patient bestätigt, dass er über den Entscheid um Kostengutsprache für eine ausserkantonale Hospitalisation informiert wurde und dass er die möglichen finanziellen Folgen übernimmt.

Datum.....Unterschrift.....

¹ Die provisorischen Spitaltarife und die Referenztarife sind auf der Internetseite der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (CDS) <http://www.gdk-cds.ch> (Themen / Finanzierung + Tarife / Spitalfinanzierung) verfügbar.



Beispiel: Finanzielle Auswirkungen - 1

▲ Implantation, Wechsel oder Revision einer Hüftendoprothese

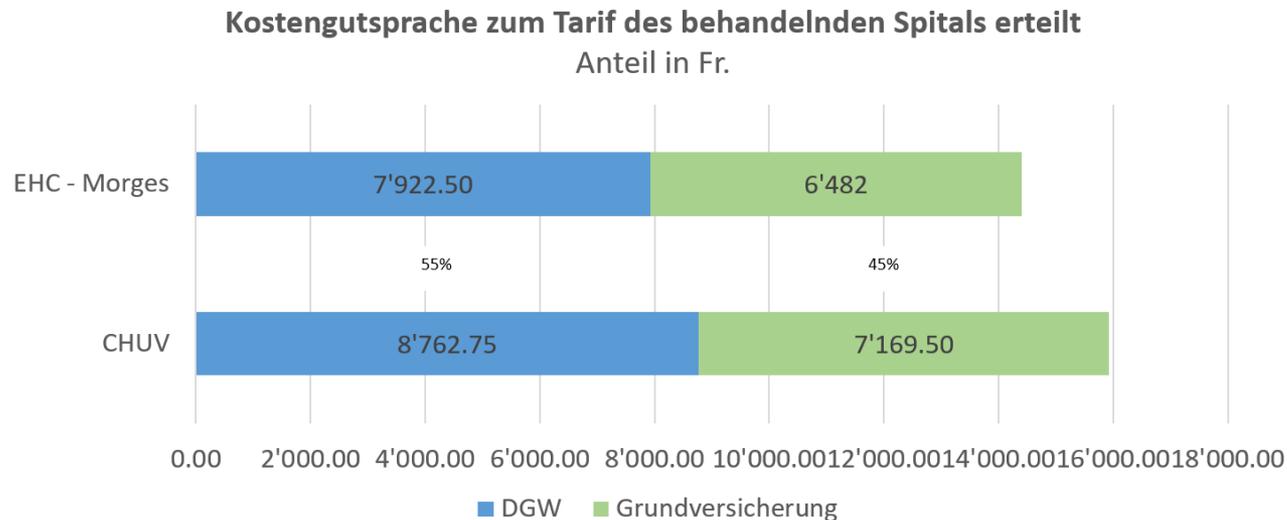
SwissDRG-Code: I46C

Dauer : 5 Tage

Kostengewicht (cw): 1.455

Leistungserbringer	Basistarif	Schlussrechnung
EHC – Morges	9'900	14'404.50
CHUV	10'950	15'932.25
Referenztarif Wallis	8'950	13'022.25

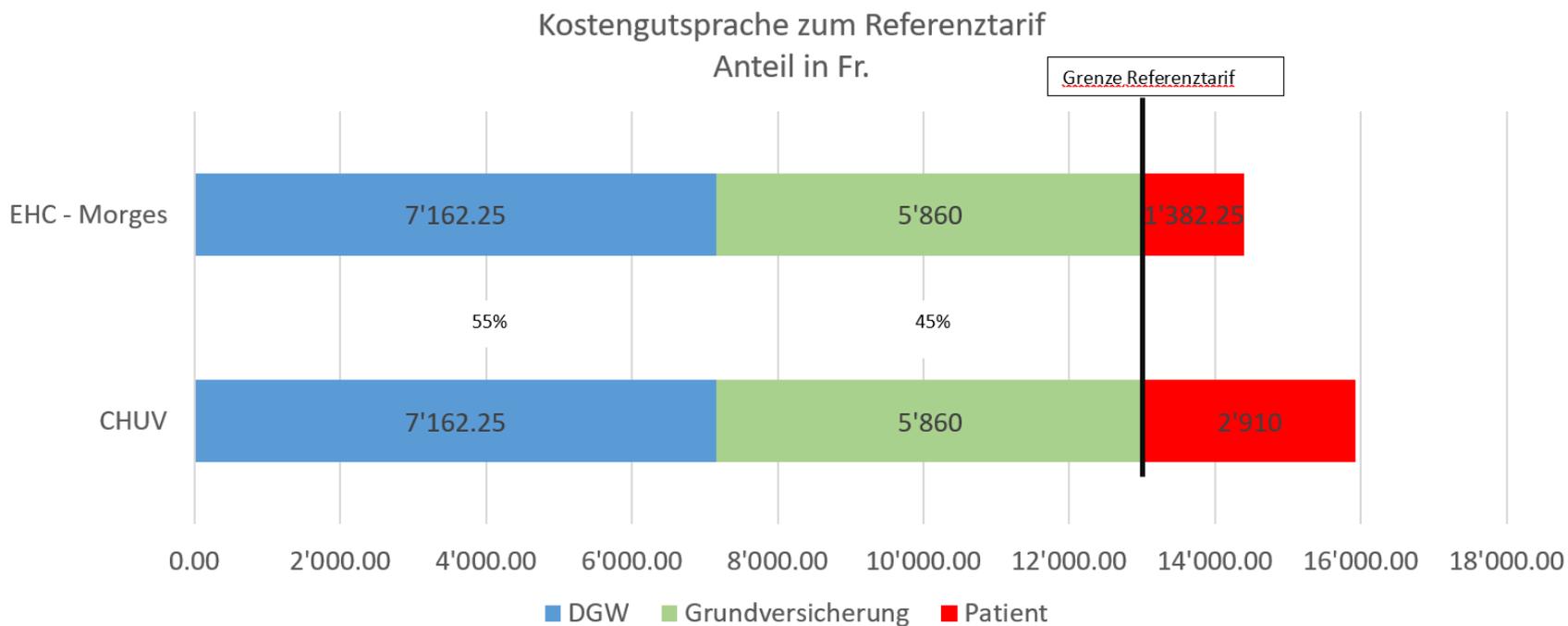
▲ Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals erteilt (Notfall oder Nichtverfügbarkeit der Leistung):



NB: Der Patient trägt die Kosten des Spitalaufenthalts (Fr. 15.-- / Tag) sowie den Selbstbehalt.

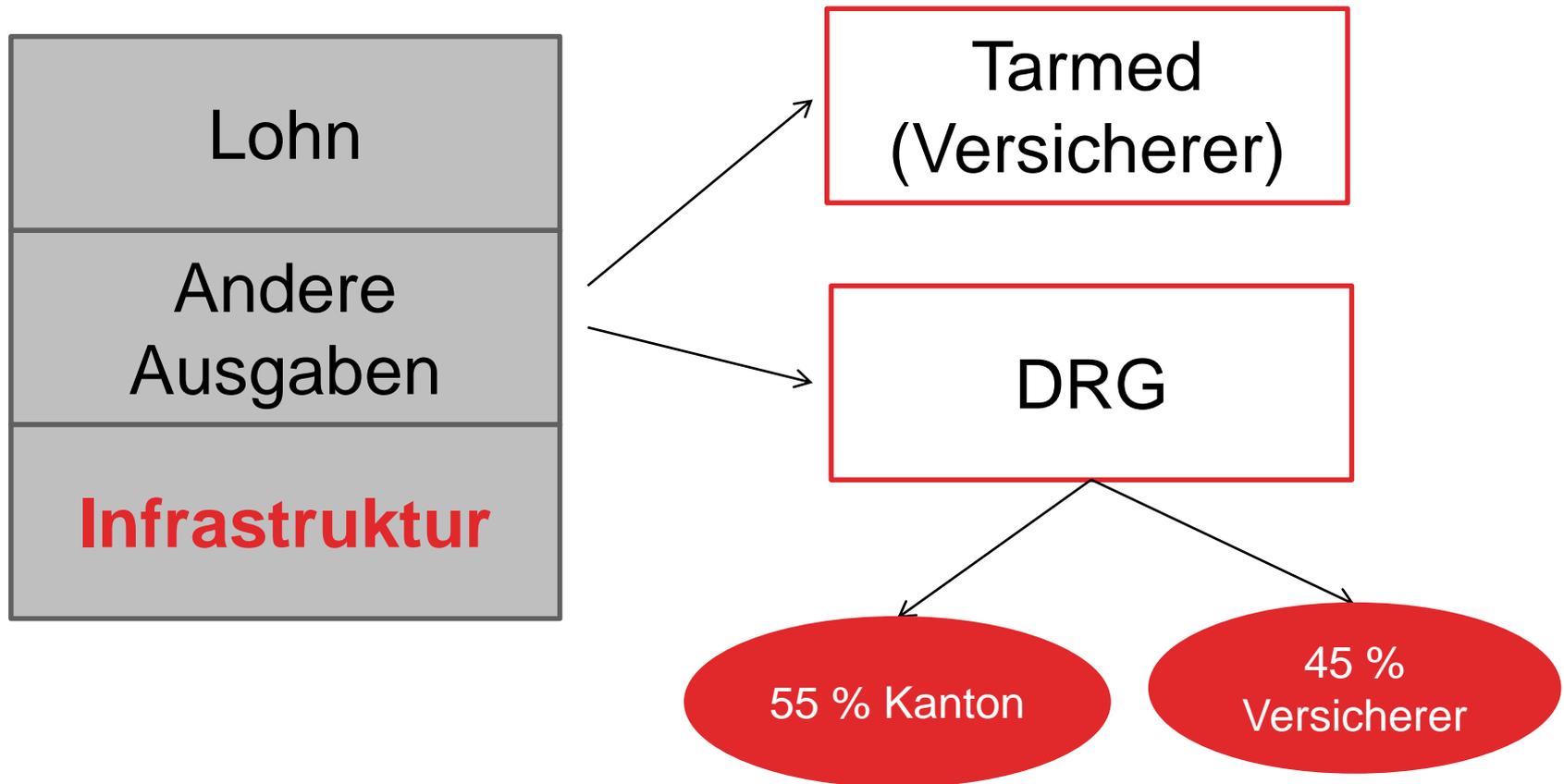
Beispiel: Finanzielle Auswirkungen - 2

- ▲ **Kostengutsprache limitiert zum Walliser Referenztarif** (freie Spitalwahl, Leistung im Wallis verfügbar):



NB: Der Patient trägt die Kosten des Spitalaufenthalts (Fr. 15.-- / Tag) sowie den Selbstbehalt.

Finanzierung der kantonalen und ausserkantonalen Spitaler



Seit 2012 werden die Spitalinvestitionen (Infrastrukturen) nicht mehr über die Subventionen der öffentlichen Hand, sondern über die Tarife finanziert.

Hospitalisationen der Walliser Patienten, nach Region

- ▲ Kantonale und ausserkantonale Hospitalisationen der Patienten mit Wohnsitz im Wallis, 2023

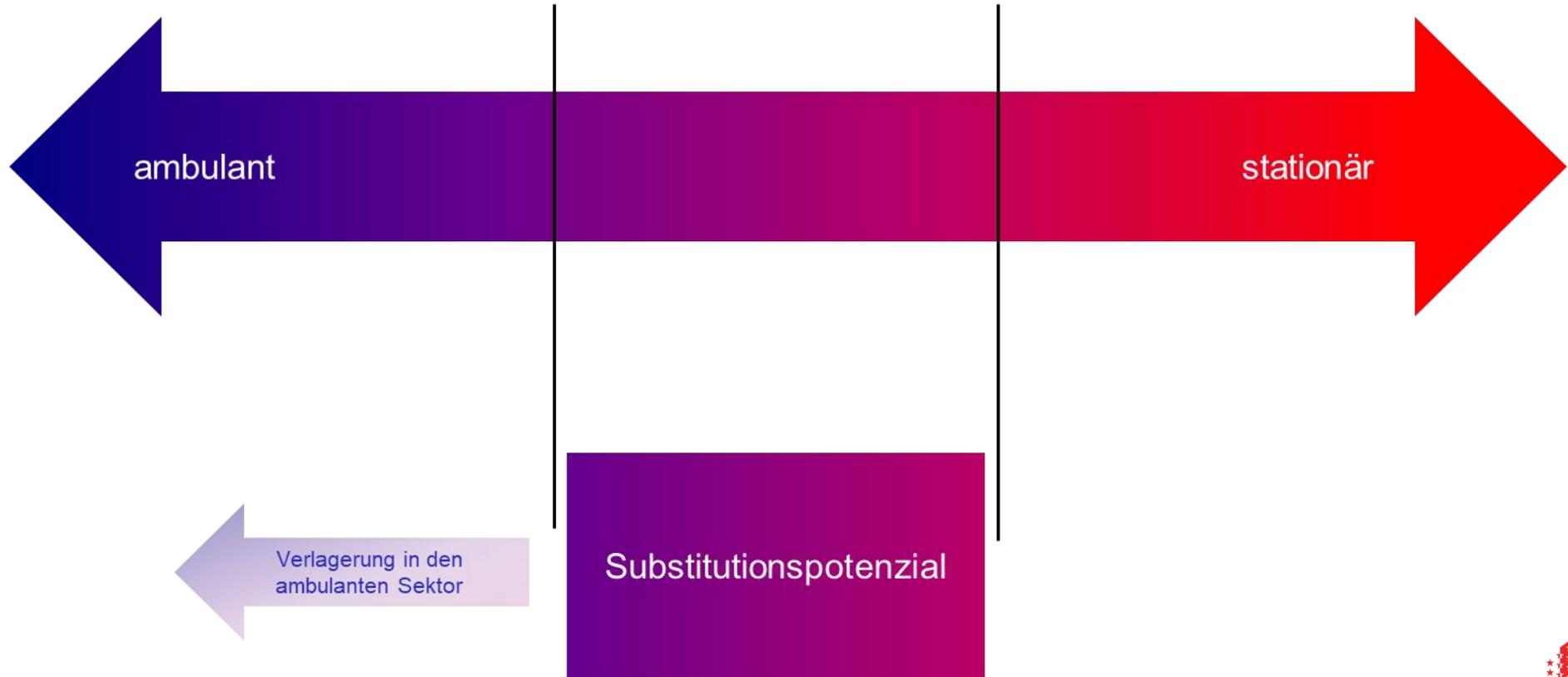
	Anzahl Hospitalisationen	Davon AKH	Anteil AKH in %
Oberwallis	14'682	2'899	19.7 %
Mittelwallis	32'694	3'261	10.0 %
Walliser Chablais	8'901	1'651	18.5 %
Total Wallis	56'277	7'811	13.9 %

13.9 % der Hospitalisationen sind AKH.

Ungefähr 50 % davon hätten im Wallis erfolgen können, da die entsprechende Leistung hier angeboten wird.



Förderung der ambulanten Versorgung im Wallis



Hintergrund

- ▲ Ausarbeitung einer Liste der allgemein rückvergüteten Eingriffe, nur wenn diese ambulant durchgeführt werden.
 - ▲ Einführung in mehreren Kantonen
 - Anhang 1a KLV
- Der Kanton Wallis hat ein solches System am 1. Januar 2018 eingeführt
- Seit dem 1. Januar 2019 gilt AVOS in allen Kantonen

Einführung im Wallis

Liste der Leistungen

- ▲ Harmonisierung der Verfahren in den Kantonen
- ▲ Gegenwärtige Leistungen auf der Liste

Katarakt	Handchirurgie
Fusschirurgie	Osteosynthesematerial-entfernungen
Kniearthroskopien	Kardiologische Untersuchungsverfahren
Herzschrittmacher	Varizen der unteren Extremität
Perkutane transluminale Angioplastik	Hämorrhoiden
Inguinalhernien	Zirkumzision
Umbilikalhernie	Analfistel
Eingriffe an der Zervix	Eingriffe am Uterus
ESWL	Tonsillotomie und Adenoidektomie

→ Jährliche Aktualisierung der Liste

Einführung im Wallis

Vorgehen

- ▲ Einführung eines Systems «Kostengutsprachegesuch»
 - Vom Facharzt gestelltes Gesuch → Rechtfertigung der Hospitalisation eines Patienten für eine Leistung der Liste
 - Analyse des Gesuchs durch einen Vertrauensarzt (DGW)
 - Übermittlung des Entscheids
- ▲ Medizinisch nicht gerechtfertigte Fälle (stationäre Behandlung aus Komfortgründen): Der Kanton beteiligt sich nicht an den Kosten (55%).



Einführung im Wallis

Ausnahmekriterien auf Internet verfügbar

1. Allgemeine Ausnahmekriterien

Nr.	Kategorie	Kriterium	Allfällige Abbildung durch Standarddaten für die MedStat6 (ICD-10-GM-Kode, folgenden Eingriffen Version 20227, Alter)	Kriterium nicht anwendbar bei
Alter				
1.1	Kinder	≤3 Jahre	Alter	
Schwere oder instabile somatische Co-Morbidität				
2.1	Fehlbildungen	Angeborene Fehlbildungen am Herz-Kreislauf- und/oder Atmungssystem	Q20*–Q34*	
3.1	Herz-Kreislauf	Herzinsuffizienz; NYHA >II	I50.13; I50.14; I50.04!; I50.05!	Kardio-Diagnostik°
3.2		Unkontrollierte arterielle Hypertonie > 160mmHg systolisch	nicht kodierbar	
4.1	Bronchopulmonal, nur im Falle einer Allgemeinanästhesie	COPD GOLD >II	J44*, mit fünfter Stelle -0 oder -1	
4.2		Asthma instabil oder exazerbiert	nicht kodierbar	
4.3		Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) mit AHI ≥15 und zuhause kein CPAP möglich	nicht kodierbar	
4.4		Langzeit-Sauerstofftherapie	nicht kodierbar	
5.1	Gerinnungsstörungen	Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen	D65*–69*, excl. D68.5	
5.2		Therapeutische Antikoagulation	Z92.1	Katarakt; PTA°; Kardio-Diagnostik°
5.3	Blutverdünnung	Duale Thrombocyten-Aggregationshemmung	nicht kodierbar	Katarakt, PTA°; Kardio-Diagnostik°
6.1	Niereninsuffizienz	Niereninsuffizienz CKD >3b Eine dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz Stadium 5 begründet für sich keinen stationären Aufenthalt.	N18.4; N18.5	

Einführung im Wallis

Ausnahmekriterien

Gefässe		
GP1	PTA (inkl. Ballondilatation)	<i>Blutverdünnung Trippeltherapie.</i>
GP2		<i>Therapeutische Antikoagulation perioperativ notwendig</i>
GP3		<i>BMI > 35</i>
GP4		<i>Keine kompetente⁹ erwachsene Kontakt- oder Betreuungsperson im selben Haushalt in den ersten 24 Std. postoperativ</i>
GP5		<i>Anfahrtszeit > 30 Min. in ein Spital mit 24h Notfall und entsprechender Disziplin.</i>
GP6		<i>Beidseitige Intervention mit beidseitiger Punktion.</i>
GP7		<i>Aorteneingriffe und Eingriffe an viszeralen Gefässen</i>
GP8		<i>St.n. Leisteneingriff bei Punktion in der Leiste.</i>
GP9		<i>Zugang mittels Schleuse >6F</i>
GP10		<i>Verschlussrekanalisation</i>
GP11		<i>Endovaskuläre Fremdkörperentfernung</i>

Selbst wenn ein Kriterium erfüllt ist, kann der Patient trotzdem ambulant behandelt werden. Umgekehrt kann ein Patient auch dann stationär behandelt werden, wenn keines der oben genannten Kriterien erfüllt ist, vorausgesetzt, der Arzt begründet die stationäre Behandlung.



Einfluss auf die stationäre Versorgung

- ▲ Erhöhter Komfort für den Patienten
 - Verringerung von Stress für den Patienten
 - Rückkehr in ein vertrautes Umfeld am selben Tag
- ▲ Förderung der am besten geeigneten Versorgung
 - Behandlung, die besser den Bedürfnissen des Patienten entspricht
 - Verhinderung unnötiger Spital- oder Klinikaufenthalte
- ▲ Reduzierung des Risikos einer nosokomialen Infektion
- ▲ Optimierung der Ressourcen der Spitäler und Kliniken
 - Medizinisches Personal und Pflegepersonal stehen für andere Aufgaben zur Verfügung
 - Entlastung der Spitalinfrastrukturen
- ▲ Einsparungen für das Gesundheitssystem und die Kantonsfinanzen

