

Name und Vorname des Patienten :

Datum :

Ambulant vor stationär

Medizinische Kriterien, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen können (gültig ab dem 01.01.2018)

Allgemeine Kriterien	Kategorie	Eingriff														Präzisierung				
		1.1 Katarakt	2. Bewegungsapparat			2.2 Fußchirurgie (inkl. Hallux 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. Ballondilatation	5.1 Hämorrhoiden	5.2 Inguinalhernien beidseitiger Eingriff und exkl. Eingriffe bei Rezidiven	5.3 Zirkumzision	6. Gynäkologie	7. Urologie	8. HNO		
Alter (Geburtstag)	unter 16 über 75	1.1 Katarakt	2.1 Handchirurgie	2.2 Fußchirurgie (inkl. Hallux 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. Ballondilatation	5.1 Hämorrhoiden	5.2 Inguinalhernien beidseitiger Eingriff und exkl. Eingriffe bei Rezidiven	5.3 Zirkumzision	6.1 Eingriffe an der Zervix	6.2 Eingriffe am Uterus	7.1 ESWL	8.1 Tonsillobiotomie und Adenoektomie			
Kardiale Erkrankungen	Herzinsuffizienz NYHA > II	A2	B2	C2	D2	E2	EF < 40% und NYHA > II	F2	G2	H2	I2	J2	K2	L2	M2	N2	O2	P2		
	Unkontrollierte arterielle Hypertonie > 160 mmHg systolisch	A3	B3	C3	D3	E3	F3	G3	H3	I3	J3	K3	L3	M3	N3	O3	P3			
Pulmonale Erkrankungen	Falls Allgemeinanästhesie: OSAS mit AHI ≥ 15 und zuhause kein CPAP möglich	A4	B4	C4	D4	E4	F4	G4	H4	I4	J4	K4	L4	M4	N4	O4	P4			
	Falls Allgemeinanästhesie: COPD > GOLD II, Asthma instabil oder exazerbiert	A5	B5	C5	D5	E5	F5	G5	H5	I5	J5	K5	L5	M5	N5	O5	P5			
Gerinnungsstörungen	Nicht im Rahmen einer Therapie	A6	B6	C6	D6	E6	F6	G6	H6	I6	J6	K6	L6	M6	N6	O6	P6			
Blutverdünnung	Therapeutische Antikoagulation Duale Tc-Aggregationshemmung		B7	C7	D7	E7	Trippeltherapie	F7	G7	H7	Trippeltherapie	I7	J7	K7	L7	M7	N7	O7	P7	
Neurologische Erkrankungen	Demenz MMS ≤ 26, Uhrentest ≤ 5	A8	B8	C8	D8	E8	F8	G8	H8	I8	J8	K8	L8	M8	N8	O8	P8			
Metabolische Erkrankungen	Diabetes mellitus mit BZ kap. perioperativ > 11.1 oder < 3.6 mmol/L oder HbA1c > 8%	A9	B9	C9	D9	E9	F9	G9	H9	I9	J9	K9	L9	M9	N9	O9	P9			
	Adipositas BMI ≥ 40		C10	D10	E10	BMI > 35	F10	G10	H10	BMI > 35	I10	J10	K10	M10	N10	BMI < 18.5 oder > 30	O10	P10		
Niereninsuffizienz	Kreatinin-Clearance < 30 ml/min	A11	B11	C11	D11	E11	< 60 ml/min	F11	< 60 ml/min	G11	H11	< 60 ml/min	I11	J11	K11	L11	M11	N11	O11	P11
Soziale Faktoren	Kontaktperson nicht im Haushalt oder telefonisch erreichbar und zeitnah vor Ort in den ersten postoperativen 24 Stunden	A12	B12	C12	D12	E12	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	F12	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	G12	H12	Kontaktperson nicht im selben Haushalt	I12	J12	K12	L12	M12	N12	O12	P12
	Keine Transportmöglichkeit nach Hause post-OP oder zurück in ein Spital (inkl. Taxi)	A13	B13	C13	D13	E13	F13	G13	H13	I13	J13	K13	L13	M13	N13	O13	P13			
	Anfahrtszeit > 60 Min in ein Spital mit 24h Notfall und entsprechender Disziplin	A14	B14	C14	D14	E14	>30 Min	F14	>30 Min	G14	H14	>30 Min	I14	J14	K14	L14	M14	N14	>30 Min	P14
Andere Gründe	Gibt es weitere Gründe für eine stationäre Behandlung, müssen diese auf dem Kostengutsprachegesuch aufgeführt werden. Diese Gründe werden vom Vertrauensarzt geprüft.																			

Um die Umsetzung des Konzepts "ambulant vor stationär" zu vereinfachen, wurden die oben aufgeführten medizinischen 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 Kostengutsprachegesuch (Rubrik F) notiert oder das betreffende Kriterium angekreuzt und mitsamt dem Kostengutsprachegesuch 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 Kostengutsprachegesuch begründen (Rubrik F). Diese Gründe werden vom Vertrauensarzt geprüft.