



Faktenblatt

Datum:

18. Dezember 2018

Regelung „ambulant vor stationär“

1 Einleitung

Ab 1. Januar 2019 gilt gemäss der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Art. 3c KLV) die Regelung «ambulant vor stationär». Die Regelung gilt für sechs Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen¹ an gesundheitlich stabilen Patienten. Sie soll die ambulante Leistungserbringung fördern, wo sie medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend ist. Einzelne Kantone haben bereits solche Listen definiert. Mit der angepassten Verordnung soll eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung mit gleichen Voraussetzungen für alle Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geschaffen werden.

Die Liste der Eingriffe basiert auf Analysen des Obsan² sowie Gesprächen mit den betroffenen Fachgesellschaften. Massgebend für die Auswahl waren das Verlagerungspotenzial und eine aus medizinischer Sicht gute ambulante Durchführbarkeit. In einem ersten Schritt wird bewusst eine Liste mit einer beschränkten Anzahl von Eingriffen gewählt. Dies angesichts der Herausforderungen hinsichtlich Anpassung der Strukturen und Prozesse auf die ambulante Leistungserbringung, Abstimmung der administrativen Abläufe des Prüfverfahrens zwischen den Versicherern und Leistungserbringern und eventuelle Anpassungen in der Tarifierung der Leistungen.

Für Leistungen, die bereits heute überwiegend ambulant durchgeführt werden (z.B. kleine Handchirurgie, Kataraktoperationen) besteht aus Sicht BAG kein Handlungsbedarf. Auf eine Regelung mit administrativem Zusatzaufwand wird daher verzichtet.

¹ - Einseitige Krampfaderoperationen der Beine

- Eingriffe an Hämorrhoiden
- Einseitige Leistenhernienoperationen
- Untersuchungen/Eingriffe am Gebärmutterhals oder an der Gebärmutter
- Kniearthroskopien inkl. Arthroskopische Eingriffe am Meniskus
- Eingriffe an Tonsillen und Adenoiden.

² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kommunikation, Tel. +41 58 462 95 05, www.bag.admin.ch

2 Liste ambulant durchzuführender Eingriffe

Die grundsätzlich ambulant durchzuführenden Eingriffe sind in Anhang 1a KLV Tabelle I abgebildet. Nachstehend Erläuterungen zum Umgang mit der Liste in Tabelle I:

- Die konkreten Eingriffe sind in der Liste anhand von CHOP-Kodes³ bezeichnet. Es kommt der im jeweiligen Behandlungsjahr gültige CHOP-Code zu Anwendung. Der Anhang 1a KLV wird entsprechend regelmässig aktualisiert.
- Die als *Überschriften gekennzeichneten Codes* dürfen nicht kodiert oder für die Kontrolle verwendet werden. Sie können auch andere, als die in der Liste aufgeführten Codes respektive Eingriffe umfassen.
- Eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe ist möglich, wenn besondere Umstände dies erfordern.

3 Kriterien für eine stationäre Durchführung

In Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren wurde eine Liste mit Kriterien («besonderen Umstände») erstellt, die bei den in der KLV⁴ aufgeführten Eingriffen eine stationäre Durchführung zu Lasten der OKP rechtfertigen können. Es sind dies relevante Begleiterkrankungen und sogenannte weitere Gründe. Diese einheitlich definierte Liste dient den Leistungserbringern als Grundlage bei der Planung eines Eingriffs. Dieselbe Liste verwenden die Versicherer, wenn sie prüfen, ob die Voraussetzungen für die Vergütung einer Leistung erfüllt sind. Die Liste mit den Kriterien ist in Anhang 1a KLV Tabelle II abgebildet. Nachstehend Erläuterungen zum Umgang mit den Kriterien in Tabelle II:

- Ist mindestens eines der aufgeführten Kriterien erfüllt, kann eine stationäre Durchführung zu Lasten der OKP erfolgen. Jedoch kann auch trotz erfüllttem Kriterium ambulant behandelt werden, wenn es die spezifischen Umstände erlauben.
- Die Liste der Kriterien ist nicht abschliessend. Dies bedeutet, dass auch ohne ein erfülltes Kriterium dieser Liste bei besonderen Umständen eine stationäre Behandlung vergütet werden kann. Dafür ist ein individuelles Kostengutsprache gesuch mit nachvollziehbarer Begründung z.H. des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin und die Zustimmung des Versicherers notwendig (vgl. Art. 3c Abs. 3 KLV).
- Die Kriterien sollen den administrativen Aufwand vereinfachen und reduzieren. Sie stellen keine medizinische Leitlinie dar. Bei einer stationären Durchführung müssen die Kriterien entsprechend dokumentiert werden.
- Intra- und postoperativ können unerwartete Verläufe oder Komplikationen auftreten, die eine stationäre Weiterbetreuung notwendig machen. Diese Aspekte sind im Rahmen des stationären Falls zu kodieren⁵. Sie sind mit der Kriterienliste nicht abgedeckt.

³ Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP): Sie enthält die sog. Prozedurenkodes zur Abbildung spezifischer erbrachter medizinischer Leistungen bei stationären Behandlungen. Siehe auch: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>

⁴ siehe Anhang 1a KLV Tabelle I

⁵ Systematische Erfassung der im Spital erbrachten Leistungen. Die Daten werden unter anderem für die Erstellung der Rechnungen und für statistische Zwecke (Medizinische Statistik der Krankenhäuser, siehe auch: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.html>) verwendet.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kommunikation, Tel. +41 58 462 95 05, www.bag.admin.ch

4 Prüfverfahren der Versicherer

Die Definition des Prüfverfahrens liegt in der Verantwortung der Tarifpartner. Grundsätzlich ist dabei Folgendes zu beachten:

- Bei einer stationären Durchführung sind die Kriterien entsprechend in der Krankengeschichte zu dokumentieren.
- Der Leistungserbringer teilt dem Versicherer bei der stationären Durchführung eines gelisteten Eingriffs diese Kriterien mit.
- Der Versicherer prüft, ob die Voraussetzungen für eine stationäre Durchführung erfüllt sind, das heisst, ob mindestens eines der gelisteten Kriterien erfüllt ist oder weitere Umstände dies rechtfertigen.
- Die Prüfung der Versicherer kann grundsätzlich vor der Durchführung des Eingriffs (ex-ante) oder nach der Durchführung zusammen mit der Rechnungsprüfung (ex-post) erfolgen. Die Tarifpartner vereinbaren die Modalitäten.
- Für Fälle, die ausserhalb der definierten Kriterien stationär erfolgen, ist in jedem Fall vorgängig eine Kostengutsprache beim Versicherer einzuholen.
- Ein Teil der Kriterien entspricht etablierten Codes, die von Spitälern bereits heute systematisch bei der Kodierung der stationären Fälle erfasst werden. Diese können bei der Rechnungsprüfung durch die Versicherer automatisch und einfach überprüft werden. Nicht kodierbare Kriterien müssen dem Versicherer separat mitgeteilt werden.
- Zur Vereinfachung der administrativen Prozesse ist geplant, die Möglichkeit einer Kodierung aller Kriterien mittels CHOP-Prozedurenkatalog zu prüfen.

5 Verordnung über die Datenweitergabe

In Abstimmung mit der KLV-Regelung «ambulant vor stationär» wurde in der Verordnung über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern (SR 832.102.14) im medizinischen Datensatz die zusätzliche Variable «Begründung für stationäre Behandlung» aufgenommen.

- Die Variable bildet numerisch die im Anhang 1a der KLV festgelegten «Kriterien zugunsten einer stationären Durchführung» ab.
- Die Variable kann im automatischen Datenaustausch zwischen Leistungserbringern und Versicherern verwendet werden.
- Um eine automatisierte Prüfung stationär erfolgter Behandlungen zu ermöglichen, empfiehlt das BAG die Variable mit einer einheitlichen Logik im Bemerkungsfeld des «medizinischer Datensatz» einzutragen, zum Beispiel bei Herzinsuffizienz: **-as_CH_3.1**.⁶

⁶ Lesehilfe zu **-as_CH_3.1**:

«-» als Abgrenzung zu einer vor- bzw. nachgelagerten Bemerkung (*vorgelagerter Freitext-as_CH_3.1-nachgelagerter Freitext*)

«_» als strukturierte Abgrenzung

«as» kennzeichnet Falltyp «ambulant vor stationär» und begründet den Eintrag im Bemerkungsfeld

«CH» bedeutet, dass es sich um die Kriterienliste der KLV handelt (Tabelle II Anhang 1a KLV), die für die gesamte **Schweiz** gültig ist. Für die Kantonslisten könnte stattdessen z.B. LU, VS, etc. angegeben werden

«3.1» entspricht einer Kriterien-Nr. gemäss Tabelle II Anhang 1a KLV und kodiert eine Herzinsuffizienz
Liegen mehrere Kriterien vor, ist eine Trennung mit «;» vorzunehmen (z.B. -as_CH_3.2;4.3- bei Vorliegen einer schweren arteriellen Hypertonie und eines Schlafapnoe-Syndroms)

Die Eingabe erfolgt jeweils ohne Leerschläge.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kommunikation, Tel. +41 58 462 95 05, www.bag.admin.ch

6 Geltungsbereich und Koordination mit den Kantonen

Die Regelung «ambulant vor stationär» des Bundes gilt für die gesamte Schweiz und geht den kantonalen Regelungen vor. Nach geltendem Recht dürfen die Kantone nach Ansicht des BAG grundsätzlich weitergehende Regelungen treffen. Der Kanton hat sich zu mindestens 55 Prozent an den Vergütungen der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital zu beteiligen. Dabei gilt, dass auch der Kanton seinen Anteil im Einzelfall nur schuldet, wenn die Leistungsvoraussetzungen - wozu die Wirtschaftlichkeit gehört - erfüllt sind. Dies kann der Kanton grundsätzlich in gleicher Weise prüfen wie der Krankenversicherer. Dass die Kantone einzelne Leistungen bezeichnen, deren stationäre Erbringung nur noch vergütet wird, wenn besondere Umstände vorliegen, widerspricht somit grundsätzlich nicht den Bestimmungen des KVG.

Das BAG ist in engem Austausch mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und den Kantonen, um die Liste des Bundes sowie diejenigen der Kantone möglichst kongruent zu halten. Die GDK empfiehlt den Kantonen eine einheitliche Liste mit Eingriffen zu verwenden.

7 Monitoring

Die Auswirkungen der Massnahme sollen hinsichtlich der Entwicklung der Anzahl ambulanter und stationärer Eingriffe überwacht werden. Weiter soll ausgewertet werden, welche Kriterien für eine stationäre Durchführung in der Praxis angewendet werden. Sollten sich Probleme in der Umsetzung oder Hinweise auf ungerechtfertigte Anwendung ergeben, können allfällige Massnahmen getroffen werden. Die Arbeiten zum Aufbau eines Monitorings sind im Gange.

In den nächsten Jahren soll eine Evaluation hinsichtlich Auswirkungen der Massnahme auf Patienten, Leistungserbringer und Versicherer mit Berücksichtigung der Aspekte von Qualität und Kosten erfolgen. Anhand der Ergebnisse dieser Evaluation wird entschieden, ob und wie die Regelung "ambulant vor stationär" ausgebaut oder angepasst wird.

Weitere Informationen:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kommunikation, Tel. +41 58 462 95 05, www.bag.admin.ch