



6431 Schwyz, Postfach 2161

gemäss Verteiler

Unser Zeichen 12.02.02 / mt
Kontaktperson Martina Trütsch, 041 819 16 17
E-Mail martina.truetsch@sz.ch
Datum 18. Dezember 2018

Informationsschreiben zur Umsetzung von „ambulant vor stationär“ (AVOS) im Kanton Schwyz ab 1. Januar 2019

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Schreiben informieren wir Sie über die Umsetzung von „ambulant vor stationär“ im Kanton Schwyz. Das Amt für Gesundheit und Soziales setzt auf eine pragmatische Umsetzung und legt dabei insbesondere Wert auf einfache Abwicklungsprozesse mit den Leistungserbringern. Bitte beachten Sie, dass bei den Krankenversicherern und den anderen Kantonen unter Umständen andere Umsetzungsvorgaben und Abwicklungsprozesse gelten.

Allgemeines

Ab 1. Januar 2019 gilt gemäss Art. 3c der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) die Regelung „ambulant vor stationär“. Die Regelung gilt für sechs Gruppen von elektiven, also nicht dringlichen Eingriffen an gesundheitlich stabilen Patienten. Sie soll die ambulante Leistungserbringung fördern, wo sie medizinisch sinnvoll, patientengerecht und ressourcenschonend ist. Mit der angepassten Bundesverordnung soll eine gesamtschweizerisch einheitliche Regelung mit gleichen Voraussetzungen für alle Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) geschaffen werden. Im Gegensatz zu anderen Kantonen verzichtet der Kanton Schwyz vorerst darauf, die erweiterte Liste der Kantone Luzern/Zürich einzuführen. Für Patienten mit Wohnsitz im Kanton Schwyz gilt somit ab 1. Januar 2019 unabhängig von dem Behandlungsort die Bundesliste mit den sechs definierten Gruppen von Eingriffen.

Liste ambulant durchzuführender Eingriffe

Die grundsätzlich ambulant durchzuführenden Eingriffe (Bundesliste) sind in Anhang 1a KLV Tabelle I abgebildet und betreffend folgende sechs Gruppen von Eingriffen:

- 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.

Die konkreten Eingriffe sind in der Liste anhand von CHOP-Kodes bezeichnet. Es kommt der im jeweiligen Behandlungsjahr gültige CHOP-Kode zur Anwendung. Der Anhang 1 a KLV wird entsprechend regelmässig aktualisiert.

Die als *Überschriften gekennzeichneten Kodes* dürfen nicht kodiert oder für die Kontrolle verwendet werden. Sie können auch andere, als die in der Liste aufgeführten Kodes respektive Eingriffe umfassen. Eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe ist möglich, wenn besondere Umstände dies erfordern.

Kriterien für eine stationäre Durchführung

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat zusammen mit den beteiligten Akteuren eine Liste mit Kriterien („besondere Umstände“) erstellt, die bei den in der KLV 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 Eingriffes. 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 1 a KLV Tabelle II abgebildet. Nachstehende Erläuterungen gelten beim Umgang mit diesen Kriterien:

- Ist mindestens eines der aufgeführten Kriterien erfüllt, kann eine stationäre Durchführung zu Lasten der OKP erfolgen. Jedoch kann auch trotz erfülltem Kriterium ambulant behandelt werden, wenn es die spezifischen Umstände erlauben.
- Die Liste der Kriterien ist nicht abschliessend. Das bedeutet, dass auch ohne ein erfülltes Kriterium dieser Liste bei besonderen Umständen eine stationäre Behandlung vergütet werden kann. Dafür ist ein individuelles Kostengutsprachegesuch mit nachvollziehbarer Begründung z.H. des Vertrauensarztes und die Zustimmung des Versicherers notwendig (vgl. Art. 3c Abs. 3 KLV). Ebenfalls ist ein individuelles Kostengutsprachegesuch mit derselben Begründung z.H. des Kantonsarztes und die Zustimmung des Kantonsarztes notwendig (siehe dazu „Umsetzung im Kanton Schwyz“).
- Die Kriterien sollen den administrativen Aufwand vereinfachen und reduzieren. Sie stellen keine medizinische Leitlinie dar. Bei einer stationären Durchführung müssen die Kriterien entsprechend dokumentiert und kodiert werden. Das Amt für Gesundheit und Soziales behält sich diesbezügliche nachträgliche systematische Kontrollen vor.
- Intra- und postoperativ können unerwartete Verläufe und/oder Komplikationen auftreten, die eine stationäre Weiterbetreuung notwendig machen. Diese Aspekte sind im Rahmen des stationären Falls zu kodieren. Sie sind mit der Kriterienliste nicht abgedeckt.

Umsetzung im Kanton Schwyz

Auf kantonaler Ebene werden der Kostengutsprache- und der Rechnungsstellungsprozess bei stationär durchgeführten AVOS-Fällen wie folgt geregelt (siehe dazu auch Prozessbeschreibung AVOS in der Beilage):

Kostengutsprachen

Wird ein AVOS-Fall aufgrund eines KLV-Ausnahmekriteriums stationär durchgeführt, braucht es keine vorgängige Kostengutsprache vom Kanton Schwyz. Die Ausnahmekriterien müssen jedoch genügend und in geeigneter Form dokumentiert und kodiert werden. Das Amt für Gesundheit behält sich vor, entsprechende Unterlagen einzufordern und Prüfungen durchzuführen.

Eine vorgängige Kostengutsprache muss hingegen dann eingeholt werden, wenn ein AVOS-Fall aufgrund anderer als der in der KLV aufgeführten Ausnahmekriterien stationär durchgeführt werden muss. In diesem Fall muss der behandelnde Arzt die stationäre Behandlung vorgängig auf einem Kostengutsprachege such begründen. Für die Prüfung der Kostengutsprache durch den Kantonsarzt muss zwingend der „Gutheissungs-Entscheid“ der Versicherung vorliegen. Dieser Entscheid der Versicherung ist zusammen mit dem Kostengutspracheantrag beim Kantonsarzt einzureichen. Die Gründe werden vom Kantonsarzt geprüft und er entscheidet über die abschliessende Gutheissung oder Ablehnung des Antrages seitens des Kantons. Sowohl eine individuelle Begründung als auch der entsprechende AVOS-CHOP-Kode sind bereits auf dem Kostengutspracheformular unter Spalte F „Medizinische Daten“ aufzuführen.

Rechnungsabwicklung

Der Kantonsanteil für eine stationäre Behandlung eines AVOS-Falles ist dann geschuldet, wenn der Kantonsarzt eine vorgängige AVOS-Kostengutsprache gutgeheissen hat oder wenn ein KLV-Ausnahmekriterium erfüllt und eine stationäre Behandlung indiziert ist. In diesen Fällen erfolgt die Rechnungsstellung wie üblich auf elektronischem Weg. Auf der Rechnung sind im Kommentarfeld zwingend die Laufnummer des KLV-Ausnahmekriteriums (bei Ausnahmen gemäss KLV) respektive die Nennung/Beschreibung des Ausnahmekriteriums (bei weiteren Ausnahmen) sowie der CHOP-Kode wie folgt aufzuführen:

Bei Rechnungsstellung ohne vorgängige Kostengutsprache:

Nr. vom Kriterium / CHOP Hauptbehandlung

Das Kommentarfeld in der Rechnung kann also z.B. so aussehen:

13 / 53.00

Bedeutung: wegen Adipositas mit BMI ≥ 40 wurde die Operation an der Inguinalhernie stationär ausgeführt

Bei der Rechnungsstellung mit vorgängiger Kostengutsprache:

Nennung/Beschreibung Ausnahmekriterium / CHOP Hauptbehandlung

Die Rechnungsprüfung von AVOS-Fällen erfolgt seitens des Kantons DRG-getriggert, da es aktuell technisch nicht möglich ist, das „Minimal Clinical Dataset“ (MCD) via elektronisches Rechnungssystem entgegen zu nehmen. Um unnötige Nachfragen zu vermeiden, können die Spitäler „nicht-AVOS-Fälle“ in AVOS-DRGs via Kommentarfeld in der elektronischen Rechnung kennzeichnen. Eine Liste der AVOS-DRGs liegt diesem Schreiben bei.

Monitoring

Die Auswirkungen der Massnahme AVOS werden hinsichtlich der Entwicklung der Anzahl ambulanter und stationärer Eingriffe sowohl vom BAG als auch vom Amt für Gesundheit und Soziales überwacht. Sollten sich Probleme in der Umsetzung oder Hinweise auf ungerechtfertigte Anwendung oder Verschiebungen ergeben, können sowohl auf Bundes- als auch auf kantonaler Ebene Massnahmen getroffen werden. Das Amt für Gesundheit und Soziales behält sich zudem die Anwendung der erweiterten Kantonsliste (Liste Luzern/Zürich) in Zukunft ausdrücklich vor. Des Weiteren gilt auch weiterhin Art. 32 KVG, wonach definiert wird, dass als Voraussetzung für eine Kostenübernahme bei sämtlichen Leistungen die WZW-Kriterien erfüllt sein müssen. Aus diesem Grund wird es auch weiterhin möglich sein, dass der Kanton Schwyz seine Zahlungspflicht für Eingriffe, welche nicht indiziert stationär durchgeführt werden müssen, ablehnt.

Ausblick

Das Amt für Gesundheit und Soziales klärt aktuell mit dem Technikanbieter weitere Möglichkeiten zur Vereinfachung der Prozesse, insbesondere zur standardisierten Übermittlung der CHOP-Kode-Informationen bei Kostengutsprachen und Rechnungen, ab. Aufgrund dessen ist es möglich, dass der Prozess zur Abwicklung von AVOS-Fällen im laufenden Jahr Anpassungen erfahren kann. Wir werden Sie in diesem Fall frühzeitig informieren.

Freundliche Grüsse

Amt für Gesundheit und Soziales



Martina Trütsch, Abteilungsleiterin

Beilage:

- Prozessbeschrieb „Kostengutsprache-/Rechnungsabwicklung AVOS“
- AVOS-DRGs

Verteiler:

- Akutspitäler Kanton Schwyz
- Ausserkantonale Listenspitäler Akutsomatik
- div. ausserkantonale Spitäler Akutsomatik
- „Ärzteordner“