

**KOSTENGUTSPRACHE FÜR AUSSERKANTONALE BEHANDLUNGEN
ZUM TARIF DES BEHANDELNDEN SPITALS NACH ARTIKEL 41.3 KVG**

Die Rubriken A bis F sind vollständig und lesbar von der antragstellenden Ärztin / vom antragsstellenden Arzt auszufüllen. Nicht lesbare und unvollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgesandt!

C Personalien der Patientin / des Patienten

Name: _____ Eintrittsdatum: _____
 Vorname: _____
 Adresse: _____ AHV-Versichertennummer (AHVN13): _____
 PLZ/Ort: _____ Geburtsdatum: _____
 Kanton: _____ Geschlecht: m w

A Antragstellende/r Ärztin/Arzt

Name: _____ Tel: _____
 Vorname: _____ Fax: _____
 Adresse: _____ Stempel und Unterschrift
 Antragsdatum: _____ der Ärztin / des Arztes:

B Zielspital

Name des Spitals: _____ Tel: _____
 Adresse: _____ Fax: _____
 Abteilung: _____
 Verantwortliche/ r Ärztin/Arzt: _____ Tarif : Basisfallpreis in CHF:
 Tagessatz in CHF: _____

D Bestätigung, dass weder die Unfallversicherung, die Invalidenversicherung oder die Militärversicherung leistungspflichtig sind.

Krankenversicherung
 Unfallversicherung
 Invalidenversicherung
 Name: _____
 Adresse: _____

E Antrag auf Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals

Begründung:

Die Leistung ist gemäss Einschätzung der/des antragstellenden/n Ärztin/Arztes in einem Spital der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin / des Patienten **nicht verfügbar**

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer: _____

Notfall (bitte ausgefülltes Formular unverzüglich nach Notfall-Aufnahme der zuständigen Stelle des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin /des Patienten senden oder faxen)

Ort und Zeitpunkt des Notfallereignisses: _____

F Medizinische Daten (ausschliesslich für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und für die zuständige Stelle des Wohnkantons)

STRENG VERTRAULICH

- Erstgesuch**
- Wiedererwägungsgesuch** (Begründung zwingend)
- Verlängerung des Antrags auf Kostengutsprache** (nur für Fälle Rehabilitation oder Psychiatrie)

Diagnose / Im Fall eines Notfalles auch Begründung:

Vorgesehene Therapie / Massnahme im Zielspital / Bemerkungen:

**KOSTENGUTSPRACHE FÜR AUSSERKANTONALE BEHANDLUNGEN
ZUM TARIF DES BEHANDELNDEN SPITALS NACH ARTIKEL 41.3 KVG**

B Zielspital: Name Zielspital: Adresse: Abteilung: Fax:	C Personalien der Patientin / des Patienten Name: Vorname: PLZ/Ort: Geburtsdatum: AHV-Versichertennummer: Eintrittsdatum:
A Antragstellende/r Ärztin/Arzt:	D Versicherung: Name Adresse:

G Entscheid des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin oder des Patienten

a) Gutheissung der Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals

Die Kostengutsprache wird erteilt zum Tarif des behandelnden Spitals.
 Sie wird gemäss den Angaben unter Punkt E beschränkt aufTage¹.
 Die Kostengutsprache bezieht sich einzig auf den Anteil des Kantons am unter B genannten Tarif.
 Sie erfolgt ausschliesslich für die unter F angegebenen Behandlung und ohne Präjudiz für weitere Aufenthalte in nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitälern.

b) Übernahme der Kosten bis max. zum Referenztarif gemäss KVG-Zahlungspflicht (resp. Ablehnung der Kostengutsprache zum Tarifs des behandelnden Spitals)

Die maximale Kostenübernahme wird limitiert auf den publizierten vom Kanton festgelegten relevanten Referenztarif.
Begründung: Die Abklärung/Behandlung ist in einem Listenspital des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes durchführbar, und es handelt sich auch nicht um eine Notfallbehandlung.

c) Ablehnung der Zahlungspflicht

Es wird kein Kantonsanteil vergütet.
Begründung:

- Das behandelnde Spital ist weder auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person noch auf jener des Standortkantons aufgeführt.
- Der zivilrechtliche Wohnsitz des Patienten/der Patientin liegt nicht im Kanton.
- Die Behandlung ist ambulant möglich.
- Der Fall fällt in die Zuständigkeit der UV/IV/MV.
- Andere Gründe:

d) Rückweisung infolge Unvollständigkeit

Der Antrag auf Kostengutsprache wird zurückgewiesen, da das Gesuch unvollständig ist (z.B. Notfallangaben oder med. Indikation ungenügend).
 Das Gesuch wurde bereits bearbeitet.

Bemerkungen / Vorbehalte:

.....

Ort/Datum: Stempel und Unterschrift:

¹ Zeitliche Beschränkung nur noch für Fälle der Rehabilitation oder der Psychiatrie, nicht aber der Akutsomatik möglich.

HINWEISE FÜR DIE ANTRAGSTELLER

Zu erfüllende Bedingungen für eine vollständige Kostengutsprache²:

Der **Kanton des zivilrechtlichen Wohnsitzes** der Patientinnen und Patienten kann auf Grund von Artikel 41.3 KVG aufgerufen werden, sich an der Finanzierung einer **stationären Behandlung** ausserhalb dieses Kantons zu beteiligen, wenn die **folgenden Bedingungen alle kumulativ erfüllt** sind:

- 1 für die Behandlung besteht eine **Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung** (Grundversicherung);
- 2 die Behandlung erfolgt in einem zur Krankenversicherung zugelassenen Spital, das sich **nicht auf der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes** der versicherten Person befindet,
- 3 das behandelnde Spital ist für die Erbringung der betroffenen Leistung auf der Spitalliste des Standortkantons (Listenspital) aufgeführt.

Die **Kostengutsprache für Behandlungen in nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitälern zum Tarif des behandelnden Spitals** nach Artikel 41.3 KVG betrifft die Differenz zwischen dem Tarif des behandelnden Spitals und dem relevanten vom Kanton festgelegten Referenztarif, der infolge der freien Spitalwahl maximal übernommen wird. Ist der Tarif des behandelnden Spitals tiefer als der entsprechende Referenztarif des Wohnkantons der behandelten Person, so übernimmt der Wohnkanton die Kosten zum Tarif des behandelnden Spitals.

Handelt es sich um eine geplante Behandlung in einem Spital, das weder auf der Spitalliste des Wohnkantons der behandelten Person noch auf jener des Standortkantons aufgeführt ist, oder um eine Behandlung die ambulant möglich ist, beteiligt sich der Kanton nicht an den Kosten.

Die Kostengutsprache wird erteilt, wenn die Behandlung **aus medizinischen Gründen** in einem Spital, das für diese Behandlung auf der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der behandelten Person nicht aufgeführt ist, erfolgt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall* vor oder wenn die Behandlung in keinem Spital der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes verfügbar ist.

Handelt es sich um eine **ambulante Behandlung** in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital gemäss den Entscheiden des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) vom Dezember 2001 (insbesondere Notfälle) und wird diese in einem Listenspital durchgeführt, ist eine Differenzzahlungspflicht des Wohnkantons auch ohne vorgängige Einholung einer Kostengutsprache gegeben.

** Ein **Notfall** liegt vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes zu transportieren. Der Notfall dauert an, solange eine Rückführung in ein Spital der Spitalliste des Wohnkantons aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll ist. Ein Notfall lässt sich hingegen nicht geltend machen, wenn das Notfallereignis innerhalb des Wohnkantons aufgetreten ist, oder wenn ein Rücktransport in ein Spital der Spitalliste des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der behandelten Person erst unzumutbar wurde, nachdem diese ohne medizinische Gründe ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital aufgesucht hatte. Vorbehalten bleiben allfällige Erleichterungen, die sich auf Grund vertraglicher Abmachungen zwischen Kantonen mit Bezug auf die Zulassung der Behandlung in nahegelegenen ausserkantonalen Spitälern ergeben.*

Für die Antragstellung **zuständig** sind:

- die **behandelnde Ärztin** oder der **behandelnde Arzt**, welche eine **geplante Spitalbehandlung** verordnen;
- die **Spitalärztin** oder der **Spitalarzt**, welche die **Behandlung in einem Notfall übernommen** haben;
- die **Spitalärztin** oder der **Spitalarzt**, welche die Patientin oder den Patienten in ein **anderes Spital überweisen**;
- die **Spitalärztin** oder der **Spitalarzt**, welche **Antrag auf Verlängerung des Spitalaufenthalts** stellen.

Ausfüllen des Formulars

Die **Rubrik G** wird von der **zuständigen Stelle des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes** der Patientin oder des Patienten ausgefüllt.

Die **Rubriken A bis F** werden vom Antragsteller ausgefüllt.

Bearbeitung und Weiterleitung des Formulars zur Kostengutsprache:

(a) Das **vollständig und lesbar** ausgefüllte **Gesuchsformular** ist **vorgängig** der geplanten Hospitalisation oder **bei Notfällen raschmöglichst** von der **zuständigen Ärztin** oder dem **zuständigen Arzt** an die **zuständige Stelle des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin** oder des **Patienten** zu **senden** oder auf elektronischem Weg zu übermitteln (eKogu).

(b) Die **zuständige Stelle des Kantons des zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin** oder des **Patienten** sendet das mit ihrem Entscheid versehene **Original (mit medizinischen Daten)** zurück an die **Ärztin oder den Arzt, welche den Antrag gestellt haben**. **Letztere senden das Original als Einweisung dem ärztlichen Dienst im behandelnden Zielspital, behalten eine Kopie bei ihren Akten und übergeben allenfalls der betroffenen Patientin oder dem betroffenen Patienten eine Kopie**.

Die Ärztin oder der Arzt, welche den Antrag stellt, informiert die Patientin oder den Patienten über die **möglichen Kostenfolgen** einer ausserkantonalen Behandlung.

(c) Falls die zuständige Stelle des **zivilrechtlichen Wohnsitzes der Patientin** oder des **Patienten** die Kostengutsprache erteilt hat, sendet sie je eine **Kopie (ohne medizinische Daten)** an die **Administration des Zielspitals** und an die **Krankenversicherung der Patientin** oder des **Patienten**.

² Gemäss Empfehlung 1 der Empfehlungen des Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei ausserkantonalen Spitalbehandlungen nach Artikel 41.3 KVG vom 2. September 2011: <http://www.gdk-cds.ch>