

KOSTENGUTSPRACHE für stationäre Behandlungen zum Tarif des behandelnden Spitals nach Artikel 41 Abs. 3 KVG (Medizinische Notwendigkeit) in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital

Die Rubriken A bis F sind vollständig und lesbar von der gesuchstellenden Ärztin / vom gesuchstellenden Arzt auszufüllen.

Nicht lesbare und unvollständig ausgefüllte Formulare werden zurückgesandt.

A) Personalien der Patientin / des Patienten			
Name:	Eintrittsdatum:		
Vorname:	Fallnummer:		
Adresse:	AHV-Versichertennummer (AHVN13):		
PLZ/Ort:	Geburtsdatum:		
Kanton:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		
B) Gesuchstellende/r Ärztin/Arzt (Gesuchsteller)			
Name:	Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes:		
Vorname:			
Adresse:			
Gesuchsdatum:			
Tel:			
Mail:			
C) Zielspital			
Name des Spitals:	Tel:		
Adresse:	Mail:		
	ZSR-Nummer:		
Abteilung:	Tarif:	Basisfallpreis SwissDRG	CHF:
Verantwortliche/r Ärztin/Arzt:		Basisfallpreis ST Reha	CHF:
		Basisfallpreis TARPSY	CHF:
		Tagespauschale	CHF:
D) Versicherung			
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung	Name:		
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung angemeldet	Versichertenstatus:	<input type="checkbox"/> allgemein	
<input type="checkbox"/> Invalidenversicherung angemeldet		<input type="checkbox"/> halbprivat	
		<input type="checkbox"/> privat	
E) Grund für Gesucheinreichung			
<input type="checkbox"/> Medizinische Notwendigkeit: Die Leistung ist gemäss Einschätzung der/des gesuchstellenden/n Ärztin/Arztes in einem Spital der Spitalliste Wohnkantons der Patientin / des Patienten nicht verfügbar			
Voraussichtliche Aufenthaltsdauer:			
Nähere Begründung für die Annahme der Nicht-Verfügbarkeit der Leistung im Wohnkanton:			
<input type="checkbox"/> Notfall (dient der nachträglichen Abklärung, ob ein Notfall vorliegt.)			
Ort, Datum und Zeitpunkt des Notfallereignisses:			
F) Medizinische Daten (STRENG VERTRAULICH: ausschliesslich für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte und für die zuständige Stelle des Wohnkantons)			
<input type="checkbox"/> Erstgesuch			
<input type="checkbox"/> Wiedererwägungsgesuch /Einsprache (Begründung zwingend)			
<input type="checkbox"/> Verlängerung des Gesuchs auf Kostengutsprache			
Diagnose / Im Fall eines Notfalles auch Begründung:			
Im Zielspital vorgesehene Therapie / Massnahme:			

KOSTENGUTSPRACHE für stationäre Behandlungen zum Tarif des behandelnden Spitals nach Artikel 41 Abs. 3 KVG (Medizinische Notwendigkeit) in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital

Entscheid des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten

C) Zielspital

Name Zielspital:
Adresse:
Abteilung:
Mail:

B) Gesuchstellende/r Ärztin/Arzt (Gesuchsteller)

Name:
Vorname:
Adresse:
Tel:
Mail:

a) Gutheissung der Kostengutsprache zum Tarif des behandelnden Spitals

- Die Kostengutsprache wird erteilt zum Tarif des behandelnden Spitals.
 Sie wird beschränkt auf _____ Tage

Die Kostengutsprache bezieht sich einzig auf den Anteil des Kantons am genannten Tarif. Sie erfolgt ausschliesslich für die angegebene Behandlung und ohne Präjudiz für weitere Aufenthalte in nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spitätern.

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

- Die maximale Kostenübernahme wird limitiert auf den Referenztarif von CHF _____.

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 und es handelt sich auch nicht um eine Notfallbehandlung.
 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

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

Bemerkungen / Vorbehalte

Vorbehalt: Bei Fällen der Vorleistungspflicht KVG gemäss Art. 70 ATSG bleibt die Zuständigkeit der anderen in Frage stehenden Sozialversicherungen (UV/MV/IV) vorbehalten. Die Kostengutsprache ist nur gültig, wenn die Patientin / der Patient zum Zeitpunkt des Spiteleintritts im bewilligenden Kanton seinen Wohnsitz hat.

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift der zuständigen kantonalen Stelle

KOSTENGUTSPRACHE für stationäre Behandlungen zum Tarif des behandelnden Spitals nach Artikel 41 Abs. 3 KVG (Medizinische Notwendigkeit) in einem nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführten Spital

Hinweise für die Gesuchsteller

Verwendung dieses Formulars

Die Kostengutsprache mittels dieses Formulars stellt eine «Bewilligung» im Sinne von Art. 41 Abs. 3 KVG dar.

Dieses Formular ist einzig einzureichen, wenn eine Patientin oder ein Patient sich **aus medizinischen Gründen** in ein Spital begibt, dass nicht auf der Spitaliste Wohnkantons der behandelten Person, aber auf der Spitaliste des Standortkantons (Listenspital) aufgeführt ist.

Medizinische Gründe liegen vor, wenn die Behandlung in keinem Spital der Spitaliste des Wohnkantons verfügbar ist oder bei einem Notfall. In letztem Fall ist keine Kostengutsprache notwendig. Das Formular kann aber für die nachträgliche Abklärung, ob ein Notfall vorliegt, verwendet werden. Ein **Notfall** liegt vor, wenn der Zustand der zu behandelnden Person es nicht erlaubt, diese in ein Spital zu transportieren, das für die Erbringung der betroffenen Leistung auf der Spitaliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist. Der Notfall dauert an, solange eine Rückführung in ein entsprechendes Spital auf der Spitaliste des Wohnkantons der behandelten Person aus medizinischen oder ökonomischen¹ Gründen nicht sinnvoll ist. Ein Notfall lässt sich hingegen nicht geltend machen, wenn der Notfall innerhalb der Reichweite eines geeigneten Listenspitals des Wohnkantons auftritt und ein Rücktransport in ein Listenspital des Wohnkantons der behandelten Person erst unzumutbar wurde, nachdem diese ohne medizinische Gründe ein Spital, das für die entsprechende Leistung nicht auf der Spitaliste ihres Wohnkantons aufgeführt ist, aufgesucht hatte.

Zu erfüllende Bedingungen für eine vollständige Kostengutsprache²

Der **Wohnkanton** der Patientinnen und Patienten kann auf Grund von Art. 41 Abs. 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 für die entsprechende Leistung **nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons** der versicherten Person befindet;
3. das behandelnde Spital ist für die entsprechende Leistung auf der Spitaliste des Standortkantons aufgeführt (Listenspital).

Zuständigkeit für die Antragstellung

Die **behandelnde Ärztin** oder der **behandelnde Arzt**, respektive die **Spitalärztin** oder der **Spitalarzt**.

Aufklärungspflicht

Die Ärztin oder der Arzt, welche das Gesuch stellt, **informiert die Patientin oder den Patienten über die möglichen Kostenfolgen** der Behandlung.

Ausfüllen des Formulars und Bearbeitung

a) Die **Rubriken A bis F** werden vom Gesuchsteller ausgefüllt.

b) Das vollständig und lesbar ausgefüllte **Gesuchformular** ist **vorgängig** der geplanten Hospitalisation vom Antragsteller an die **zuständige Stelle des Wohnkantons der Patientin oder des Patienten zu senden**.

Rechtsmittel

Die **Patientin / der Patient, sowie die gesuchstellende Arztperson haben das Recht**, von der kantonalen Dienststelle eine beschwerdefähige Verfügung zu verlangen.

Gültigkeit

Die Kostengutsprache ist nur gültig wenn die Patientin / der Patient zum Zeitpunkt des Spitäleintritts im Kanton seinen zivilrechtlichen Wohnsitz hat.

¹ Bei akutsomatischen Fällen, die über Fallpauschalen des Typs DRG abgerechnet werden, ist eine Rückführung aus ökonomischer Sicht in der Regel nicht angebracht.

² Gemäss Empfehlung 1 der Empfehlungen des Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei stationärer Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG vom 14.02.2019: <http://www.gdk-cds.ch>